

柏市長 あて

※ 箇所をご入力ください

申請者	住所	〒	
	氏名		
	被接種者との続柄		
	電話		

柏市任意予防接種費助成金交付申請書兼実績報告書兼請求書（小児インフルエンザ）

柏市補助金等交付規則により、下記のとおり助成金の交付を申請し、併せて事業の完了を報告します。なお、助成金の交付に当たり、市が住民基本台帳および柏市予防接種台帳を確認することに同意し、交付決定後は、本申請書をもって助成金を請求するものとします。

記

1 任意予防接種について（小児インフルエンザ） ※2回接種完了後、請求をお願いいたします。

被接種者	氏名 生年月日	①（一人目）		（生年月日）	
		②（二人目）		（生年月日）	
		③（三人目）		（生年月日）	
被接種者	住所	（申請者と異なる場合に記入）			
被接種者	接種日	① 1回目		① 2回目	
		② 1回目		② 2回目	
		③ 1回目		③ 2回目	
被接種者	医療機関名	① 1回目		① 2回目	
		② 1回目		② 2回目	
		③ 1回目		③ 2回目	
被接種者	添付書類	<input type="checkbox"/> 領収書及び明細書 <input type="checkbox"/> ワクチン種別・接種日がわかる書類（予診票・予防接種済証・母子健康手帳） <input type="checkbox"/> 振込先金融機関通帳またはカード（口座番号がわかるもの）			
補助金申請額 基礎算定		接種日時時点で生後6か月から中学校就学前であること。接種1回につき1,500円とする。ただし、補助金額よりも低料金の場合は、実施費用の全額補助とする。また、1人につき年度内2回の助成を上限とする。			

2 交付申請額

円

3 助成金の振込先口座

金融機関名		銀行 信金・信組 農協	支店名		本店 支店
預金種別	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号		
フリガナ 口座名義					