

小児インフルエンザ予防接種費助成事業申込書兼振込依頼書

年 月 日

宍粟市長 様

宍粟市小児インフルエンザ予防接種費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所		
	電話番号		
被接種者	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所		
接 種 年 月 日		(1回目) 年 月 日	(2回目) 年 月 日
接 種 医 療 機 関			※1回目と異なる場合のみ記載
接 種 費 用		円	円
申 請 金 額		円	

(振込先)

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 出張所
預金種別	普通・当座	(フリガナ) 口座名義人	()	
口座番号				

注) 申請者と口座名義人が異なる場合は、下記により委任してください。

上記口座名義人を代理人として、助成金の受領を委任します。

委 任 者 住 所

(申 請 者) 氏 名

印

受 任 者 住 所

(口座名義人) 氏 名

【受付者記入欄】

申請受付年月日	年 月 日	承認 ・ 不承認	
決定年月日	年 月 日	備考	