

杉並区長 宛

※朱肉を使う印鑑を使用してください(スタンプ印は不可)

申請者住所	〒
氏 名	
被接種者との関係	
電話番号 (日中の連絡先)	

杉並区定期予防接種費用助成金申請書兼請求書

杉並区定期予防接種費用助成金の受給を申請します。ついては、杉並区定期予防接種費用助成要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求しますので、決定金額を下記の口座に振り込んでください。

※太枠内をご記入ください。鉛筆、消せるボールペンでの記入は不可

接種を受けた方の住所	杉並区		
接種を受けた方の氏名		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生

予防接種の種類	回数	接種日	申請金額	決定金額
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
	回 目 ・ 追加	令和 年 月 日	円	円
※上記の表が不足する場合は別の表を作成の上、同封ください。			申請金額合計 円	円
振込先金融機関	銀 行 信用金庫 農 協 信用組合	本 店 支 店 出張所	口座種別 普 通 当 座	
口 座 番 号 (7桁)		口座名義フリガナ	口座名義	

※申請者と口座名義人が異なる場合は、下欄の委任欄に申請者の記入・押印が必要となります。

(委任欄) 私は、上記口座名義人に、被接種者に係る杉並区定期予防接種費用助成決定額の受取りを委任します。 令和 年 月 日 氏名		印
---	--	---

上記のほか以下全ての書類を郵送してください。 1 予防接種費用の内訳が分かる領収証等原本 (複数ワクチンを合算した金額の場合は各ワクチン金額が分かる明細書も必要)※後日返却します 2 予防接種の記録が分かる母子健康手帳の写し 3 医療機関から渡された予診票の写し 4 通帳表面など口座情報が分かるものの写し 【送付先】〒167-0051 杉並区荻窪5-20-1 杉並保健所 保健予防課 予防接種担当 宛
--

事務処理欄(記入不要)			
受付日	担当者	確認者	決定金額
/			円