

第2号様式（第6条関係）

中野区小児任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

中野区長 宛て

小児任意予防接種費用について、次のとおり助成を申請します。

1 申請者（保護者）

住 所			
氏 名		電話番号	( )

2 予防接種を受けた小児

氏 名		
生年月日	年 月 日 (満 歳)	年 月 日 (満 歳)
任意予防接種の 種別及び接種日	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	<input type="checkbox"/> 1回目 接種日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回目 接種日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2回目 接種日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2回目 接種日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> インフルエンザ
	<input type="checkbox"/> 1回目 接種日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1回目 接種日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 2回目 接種日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 2回目 接種日 年 月 日

3 振込先口座（※申請者と異なる口座名義人への振込みは、裏面委任状が必要です。）

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

4 申請額

円
---

助成上限額（1回につき） 流行性耳下腺炎 4,000円 インフルエンザ 2,000円

5 添付書類

- 接種記録の分かる領収書（原本）  母子健康手帳の接種記録（写し）
- 申請者の身分証明書写し（運転免許証、健康保険証等）

申請者氏名と異なる名義の口座に振込みを希望される場合は、次の委任状に記入・押印をお願いします。

※ 委 任 状

年 月 日

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、小児任意予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

委任者（申請者）

氏名 \_\_\_\_\_

印