

別記様式第5号（第9条関係）

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

年 月 日

（あて先）新潟市長

申請者（保護者） 住 所 _____
氏 名 _____

私は、新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第9条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請しますので、下記口座に振替えてください。

なお、必要があるときは下記事項について新潟市が医療機関に確認を行うことに同意します。

接種対象者	住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区	
	氏 名	フリガナ _____	
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
保護者氏名		被接種者との続柄（ _____ ）	
連絡先電話番号		_____	
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	新潟市記入欄
			助成上限額② (新潟市委託料)
		円	円 円
		円	円 円
		円	円 円
助成申請合計金額			円
銀行・支店名	銀行・信用金庫 農協・信用組合		本店・支店 支所・出張所
口座種別	口座種別	1. 普通	口座番号
口座番号	種別	2. 当座	番号
口座名義	フリガナ _____		

金融機関コード _____

店舗コード _____

※太枠内を記入してください。

1. 申請者と口座が同じ
2. 受領委任（申請者と口座名義が異なる場合。ただし、接種対象者保護者であること。）
私は、上記の者をもって代理人と定め、受領に関する権限を委任します。

添付書類

- (1) 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者の氏名，接種日，ワクチン名，料金，医療機関名が記載されたもの）
- (2) 予防接種予診票又は当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 振込先金融機関通帳の銀行名，支店，口座番号，口座名義人氏名が記載されているページの写し