

福知山市風しん予防接種費助成金交付申請書

福知山市長様				年	月	日
(申請者)住所〒						
氏名						
電話番号						
被接種者との続柄()						
下記のとおり、風しん予防接種費助成金の交付を申請します。						
なお、全額助成を申請する場合にあっては、裏面に被接種者及び同一世帯者から課税台帳の閲覧、調査を行うことの同意を得ています。						
住所	福知山市					
フリガナ 被接種者氏名	生年月日		年 月 日			
	個人番号					
受けた接種種別	接種日		接種医療機関		接種に要した費用	
風しん・MR(麻しん風しん混合)	年 月 日				円	

下記の口座に振り込み願います。

金融機関名	銀行 信用金庫 農業協同組合		本店 支店 支所			
	ゆうちょ銀行	店番(3けた)				
種目	普通・当座	口座番号 7けた				
フリガナ 口座名義						

※被接種者以外の申請の場合は、下記の委任状が必要となります。

委任状					
代理人	住所				
	氏名	生年月日	年 月 日		
福知山市長様 私は、上記の者を代理人と定め、風しん予防接種費助成金交付に関する(申請・受領)権限を委任します。					
委任者	住所				
	氏名	生年月日	年 月 日		

【注意】この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、福知山市風しん予防接種助成事業に係る事務に利用します。

*全額助成を申請する場合は、裏面を御覧ください。

〈全額助成を申請する場合は、下欄も記入してください。〉

【申請理由】 いずれかに○を してください	【 】市民税非課税世帯 【 】生活保護世帯	
【同一世帯で下記にあてはまる人】 ・20歳以上の人 ・20歳未満で収入のある人 ・20歳未満の既婚者	氏名	氏名
	氏名	氏名
	氏名	氏名