

鹿沼市特別の事由による予防接種の再接種費助成申請書

年 月 日

鹿沼市長 様

申請者 住 所

氏 名



電話番号

(※保護者が申請者となります)

鹿沼市特別の事由による予防接種の再接種費の助成を申請します。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳 か月)
	住 所		申請者との続柄	

※助成金の振込先を記入してください。

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

※申請者と振込口座の口座名義人が異なる場合に署名押印してください。

委任状

私は 住所
氏名
鹿沼市特別の事由による予防接種の再接種費の助成金の受領を委任します。

を代理人と定め、
年 月 日

住 所
氏 名

※予防接種実施医療機関の領収書（接種した予防接種の種類が記載されたもの）と接種時に使用した予防接種予診票（又はその写し）を添付してください。

※市処理欄

予防接種名			助成金額
ヒ	ブ ()	小児用肺炎球菌 () B C G ()	
四	種 混 合 ()	水 痘 () 日 本 脳 炎 ()	
M	R ()	子 宮 頸 がん ()	
二	種 混 合 ()	B 型 肝 炎 ()	