

東久留米市長 殿

(申請者)

住所：

氏名： \_\_\_\_\_ (印)

(被接種者との続柄： \_\_\_\_\_ )

連絡先： \_\_\_\_\_

東久留米市特別の理由により免疫が消失した子に対する  
任意予防接種費用助成金交付申請書

東久留米市特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、東久留米市特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成金交付要綱第5第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、交付要件の確認のため、東久留米市が保有する個人情報を閲覧すること及び医療機関に問合せをすることに同意します。

助成申請額	円
-------	---

被接種者（予防接種を受けた方）

氏名	
住所	〒 東久留米市
生年月日	年 月 日生

振込口座

金融機関名	銀行・信金 労金・信組 農協	支店名					
		店番号					
口座種別	普通 ・ 当座	口座番号					
フリガナ							
口座名義人							

- ・ 領収書は原本とし、各予防接種料金の内訳がわかるものも添付してください。
- ・ 申請期限は、予防接種後 **2年間**です。
- ・ 振込先の情報は、通帳等で確認し正確に記載してください。ご記入いただいた情報に誤りがある場合、入金が遅れる場合があります。