

## 豊島区定期予防接種費用助成金申請書兼口座振替依頼書

豊島区長 様

定期予防接種費用助成金について関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳及び医療機関等における情報について、豊島区が調査することに同意します。

フリガナ		続柄	
申請者氏名		電話番号	( )
住所	〒 - 豊島区		
フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和
被接種者氏名			
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(下に記入してください)		
	〒 - 豊島区		

私が受領する定期予防接種費用助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

口座振替指定金融機関	銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所							
	金融機関コード				支店番号			
	口座種別	1普通	2当座	口座番号				
フリガナ								
口座名義人								
依頼人(申請者)氏名	(印)							

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下記委任状欄の記入が必要です。

※委任状	
私は、定期予防接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委任します。	
令和 年 月 日	
申請者氏名	

金額	
----	--

職員記入欄

転入・転出	令和 年 月 日
接種記録確認	母子手帳・予診票・接種証明書・その他( )
予防接種回数	回
領収書枚数	枚
実施依頼書の発行記録	あり・なし(なしの場合受付不可)
(高齢者のみ)生活保護の有無	あり(保護証明添付)・なし

收受印欄
担当( )

豊島区定期予防接種費用助成金申請書兼口座振替依頼書

記入しない

豊島区長 様

定期予防接種費用助成金について関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に必要な住民基本台帳及び医療機関等における情報について、豊島区が調査することに同意します。

フリガナ	イケブクロ イチロウ		続柄	父
申請者氏名	池袋 一郎		電話番号	03(3987)4173
住所	〒 - 豊島区 (現住所) ※決定通知書の郵送先となります。 ※転出した場合、豊島区の住所も併記してください。			
フリガナ	イケブクロ ハナコ		生年月日	大正 昭和 平成 (令和) 1年 5月 1日
被接種者氏名	池袋 花子			
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ(記入不要) <input type="checkbox"/> 申請者と異なる(下に記入してください) 〒 - 豊島区			

私が受領する定期予防接種費用助成金について、下記指定口座への振込を依頼します。

口座振替指定金融機関	〇〇 銀行 信用金庫 信用組合		〇〇 本店 支店 出張所		
金融機関コード	9	9	9	9	
口座種別	1普通	2当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	イケブクロ アイコ		原則保護者名義の口座です。		
口座名義人	池袋 愛子		※その他の口座を希望する場合、別紙委任状を提出してください (その場合は下記の委任状を使用できません)		
依頼人(申請者)氏名	池袋 一郎		池袋	押印1か所	

※申請者氏名と異なる名義の口座に振り込みを希望される場合は、下記委任状欄の記入が必要です。

※委任状

私は、定期予防接種費用助成金の受領を上記口座名義人に委  
~~令和 年 月 日~~  
 申請者氏名 池袋 一郎

口座名義人と申請者が異なる場合は記入してください

記入しない

金額

職員記入欄

転入・転出	令和 年 月 日
接種記録確認	母子手帳・予診票・接種証明書・その他( )
予防接種回数	回
領収書枚数	枚
実施依頼書の発行記録	あり・なし(なしの場合受付不可)
(高齢者のみ)生活保護の有無	あり(保護証明添付)・なし

收受印欄

担当( )