

目黒区特別の理由による予防接種再接種費用助成金支給申請書兼請求書兼口座振替依頼書

年 月 日

目黒区長 宛て

関係書類を添えて、下記のとおり目黒区特別の理由による予防接種再接種費用助成金を請求します。なお、本申請にあたり、被接種者の住民基本台帳を確認すること、また確認等が必要な場合は医療機関等へ問い合わせることに同意します。

区が助成を決定した場合は、下記口座に振り込んでください。

申請者氏名	フリガナ	連絡先	()
住所	〒 -		
被接種者氏名 (お子さまの名前)	フリガナ	生年月日	年 月 日
住所 (被接種時)	〒 - ※上記記載の住所と異なる場合記入 目黒区		

振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店
	口座種別	普通・当座・貯蓄・その他 ()	口座番号
	口座名義	(フリガナ)	

* 太枠内の事項について記入し、領収書を添付してください。接種の内訳は裏面に記入をお願いします。

* 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、上記の口座名義人に予防接種の再接種費用助成金の受領を委任します。

年 月 日 委任者（申請者） 住所 _____
氏名 _____

助成額	円
-----	---

申請に必要なもの

- ① 目黒区特別の理由による予防接種再接種費用助成金支給申請書兼請求書兼口座振替依頼書（本用紙）
- ② 目黒区特別の理由による予防接種再接種費用明細書（第6号様式）
- ③ 医療機関の領収書及び診療明細書（原本・ワクチンごとの金額がわかるもの）
- ④ 再接種の記録のある母子健康手帳又は予防接種予診票の写し
- ⑤ 振込希望先を確認できるもの

区 処 理 欄		収 受 印
接種履歴確認	母子健康手帳 その他 ()	
領収書枚数	枚	