

中野区（任意）MR（麻しん・風しん混合ワクチン）予防接種費用助成申請書

年 月 日

中野区長 宛て

予防接種費用について、次のとおり助成を申請します。

1 申請者

住 所			
氏 名		電話番号	()

2 助成対象児

住 所	☐ 申請者と同じ		
氏 名			
生年月日	年	月	日
接種年月日	年	月	日
予防接種の種類	☐ MR（麻しん・風しん混合ワクチン） ☐ 麻しん ☐ 風しん		

3 振込先口座（※申請者と異なる口座名義人への振り込みは裏面委任状が必要です。）

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店		
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

4 申請額

円

5 添付書類

- ☐ 接種内容の分かる領収書（原本）
- ☐ 予診票や母子手帳などの接種記録（写し）

申請者氏名と異なる名義の口座に振込を希望される場合、下記に記入・押印をお願いします。

※ 委 任 状

年 月 日

私は、次の者を代理人（受任者）と定め、予防接種費用助成金の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者

住所

氏名

委任者（申請者）

氏名

印