

岩沼市法定外予防接種費助成申請書									
被接種者	(ふりがな)		男・女	生 年 月 日					
	氏名			年 月 日					
	住所	〒 岩沼市							
予防接種の種類		おたふくかぜ							
接種医療機関									
接 種 日		年 月 日							
予防接種費		円							
助成申請額		円							
上記のとおり法定外予防接種に要した費用を証する書類を添えて申請します。 なお、助成金については下記の口座に振り込み願います。 年 月 日 申請者 住 所 _____ 氏 名 _____（続柄： _____） 電 話 _____ 岩沼市長 殿									
振 込 指 定 金 融 機 関 名 等									
金融機関名	銀行 金庫 農協 本店・本所 支店・支所 出張所								
口座の種類	普通 ・ 当座	口座番号							
(ふりがな)		支給決定額	円						
口座名義人		(※市記入欄)							