

年 月 日

練馬区長 殿

申請者住所

氏名

（被接種者との関係）

（電話番号）

練馬区里帰り等による定期予防接種等費用助成金申請書兼請求書

練馬区里帰り等による定期予防接種等費用助成金の受給を希望いたします。ついては、練馬区里帰り等による定期予防接種等費用助成要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請・請求しますので、決定金額を下記の口座に振り込んでください。

記

1 被接種者

被接種者 氏名		生年月日	年 月 日生（ 歳 か月）
住 所			

2 予防接種の種類および申請金額

※太枠内をご記入ください。

予防接種の種類	接種日	申請金額	決定金額
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
		円	円
	合計	円	円

上記の表に収まらない場合は、別に表を作成の上、添付してください。

（裏面にて振込先口座情報をご記入ください。）

3 振込先（申請者または代理人名義の口座を記入してください。）

振込先金融機関	銀行				本店			
	信用金庫				支店			
	信用組合				出張所			
	農協							
金融機関番号・支店番号								
(フリガナ)								
口座名義								
口座種別	1 普通 ・ 2 当座		口座番号					

4 受領委任欄（申請者以外の口座を指定する場合は、必ずご記入ください。）

代理人氏名	
代理人住所	
上記の者を代理人と認め、助成金の受領を委任します。	
申請者氏名：	印

5 助成金交付（不交付）決定通知書の送付先

1 申請者住所 ・ 2 その他住所（〒	）
---------------------	---

6 誓約・同意事項 ※該当する項目に☑をしてください。

この申請に係る審査のため、住民基本台帳および医療機関等における情報について、区が必要と認めるときは、区が調査を行うことに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
本申請分の定期予防接種等費用について、区または他の自治体から費用の助成を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
提出に必要な書類を紛失している場合、接種医療機関に再発行等の可否について問合せを行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 非該当
区が費用の助成を行った後、申請内容に偽りや相違があり支給要件に該当しなかったことが判明した場合には、区から支給を受けた費用を返還することに同意しますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

7 添付書類 ※添付した書類に☑をしてください。

- 予防接種の種類ごとの費用が確認できる、医療機関が発行する領収書や診療明細書等の原本または写し
- 接種記録が確認できる母子健康手帳の写し、接種済みの記載がある予診票もしくは予防接種済証の原本もしくは写しまたは予防接種確認書（第4号様式）
- 振込希望先金融機関の通帳またはキャッシュカードのコピー（口座番号等確認用）
- その他（必要に応じ区が指定するもの）