第１号様式（第９条関係）

年　　月　　日

北区子どもインフルエンザ任意予防接種助成金申請書兼請求書

東 京 都 北 区 長　殿

申請額：　　円

私は、「北区子どもインフルエンザ任意予防接種助成金」を申請します。助成金の申請に当たり、この申請書に係る申請者及び被接種者の住民基本台帳及び医療機関等における情報について、北区が必要と認めるときは調査を行うこと及び他の行政機関等に求めることに同意します。

申請者氏名	フリガナ	申請者から見た被接種者の続柄	
住所	〒	電話番号	―　　―

※申請者は原則として保護者になります（１８歳以上の場合は被接種者本人になります）。

被接種者氏名	フリガナ	接種時の住所	□申請者と同じ （申請者と異なる場合）
生年月日	年　　月　　日		
接種回数	１回目	２回目 ※13歳未満で１回目の接種を受けた方のみ対象です。	
接種ワクチン	インフルエンザＨＡワクチン	インフルエンザＨＡワクチン	
接種年月日	年　　月　　日	年　　月　　日	
実施医療機関	所在地 名称 電話番号	所在地　□１回目と同じ 名称 電話番号	

請求額：　　円

請求額につきましては、以下の口座へ入金してください。

振込口座	いずれかを記入してください。	ゆうちょ銀行以外の金融機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	※口座名義人も記入してください
			金融機関コード	店番号	
			普通　・　当座	口座番号（右づめで記入して下さい）	
		ゆうちょ銀行	通帳記号	1桁の数字が無い場合は空欄	通帳番号（右づめで記入してください。）
				―　　―	
	必ず記入してください	口座名義人（カナ）	※必ず記入してください。 申請者と口座名義人が異なる場合は、下部にお進みください。		

※申請者と口座名義人が**異なる場合のみ**、下欄にもご記載願います。

私は、上記口座名義人に北区子どもインフルエンザ任意予防接種助成金の受け取りを委任いたします。

年　　月　　日　　申請者氏名

職員記入欄

住基	接種日	接種記録	口座情報	本人確認	受取委任	入力	番号