

年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所 美濃加茂市
氏 名
電話番号
申請者との続柄 本人・その他()

美濃加茂市予防接種健康被害申請費助成金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、別に申請している予防接種健康被害救済制度による救済申請書類を市が利用することに同意します。

また、助成金の交付決定があった場合は、次のとおり助成金の交付を請求します。

被接種者	住 所	〒 美濃加茂市									
	フリガナ 氏 名										
	生年月日	年 月 日									
申請内容詳細	予防接種名（回数）										
	予防接種健康被害救済制度の 申請に要した書類等の発行費用の額					円					
	申請額 (上限5万円)					円					
振込先口座	金 融 機 関 名	銀行・組合 金庫・農協					本店・支店・支所				
		金融機関コード					支店番号				
	預 金 種 別	普通 ・ 当座		口 座 番 号							
	フリガナ										
	口 座 名 義 人										

※振込先口座は被接種者本人（本人死亡の場合はその法定相続人）又はその保護者の口座に限ります。

【誓約・同意事項】※同意する項目に☑を入れてください。

この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について、市長が必要と認めるときは調査を行うことに同意します。	☐
この申請書を、美濃加茂市において支給決定をした後は申請費用の請求書として取扱うことに同意します。	☐
申請内容に偽りがあった場合や相違があり交付要件に該当しなかった場合には、交付済みの費用を返還することに同意します。	☐

【提出書類】※必要書類が不足している等の場合に、追加の書類を求めることがあります。

- ☐ 救済申請に係る書類等の発行に要した金額が分かる領収書等
- ☐ 振込希望先金融機関口座確認書類