

様式第1号（第6条関係）

市川市ワクチン健康被害見舞金支給申請書兼請求書

年 月 日

市 川 市 長

申請者
(支給対象者)

住 所

氏 名

続 柄 電話 ()

市川市ワクチン健康被害見舞金を受けたいので、下記のとおり申請します。また、市川市ワクチン健康被害見舞金の支給を可とする旨の決定を受けたときは、下記に指定する口座に振り込んでください。

記

1. 被接種者

フリガナ					
氏 名					
生年月日	年	月	日	生	() 歳
住 所	〒	—	電話	()	

市川市ワクチン健康被害見舞金の支給の審査のため、市川市が住民基本台帳を確認することについて、同意します。

2. 振込口座

金融機関名 コード番号	銀行 ・ 組合 金庫 ・ 農協				本店 ・ 支店 出張所			
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号						
フリガナ								
口座名義人								

ワクチン名	接種日	年	月	日
-------	-----	---	---	---

※ 口座名義が申請者と異なる場合には、委任状が必要となります。ただし、被接種者が未成年の場合は、委任状は不要です。

※ 添付書類

- 振込先口座が確認できる書類（通帳又はキャッシュカードの写し等）
- 委任状（支給対象者と申請者が異なる場合又は振込先口座が申請者と異なる場合）