

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

下妻市長 様

申請者 氏 名

（続柄： ）

電話番号

予防接種費用助成金交付申請書

下記のとおり、予防接種費用助成金の交付を受けたく申請します。

住 所		
フリガナ 接種者氏名		
生年月日・年齢	年 月 日（満 歳 か月）	
予防接種名		
実施医療機関名		
接種年月日	年 月 日	
予防接種に要した費用	円	（市記入欄） 助成金額 円

※ 添付書類

- (1) 予防接種費用を支払ったことを証する書類の原本（領収書）
- (2) 予防接種予診票又は予防接種予診票の写し
- (3) 予防接種の記録が記載されたもの（母子健康手帳又は予防接種済証）

※ 口座振込 金融機関名 （銀行・金庫・信金・農協） 支店
普通・当座 口座番号
(フリガナ)
口座名義