

小平市インフルエンザ菌b型ワクチンに係る予防接種費用助成金交付申請書

小平市長 殿

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

小平市インフルエンザ菌b型ワクチンに係る予防接種費用助成金の交付を受けたいので、小平市インフルエンザ菌b型ワクチンに係る予防接種費用助成金交付要綱第7条第1項の規定により、次のとおり申請します。

なお、市長が、住民基本台帳、外国人登録原票等の調査を公募等により行うこと及びこの申請の内容について医療機関等へ照会することについて同意します。

フリガナ			
被接種者氏名	生年月日 年 月 日		
住所・電話番号	〒 小平市 電話 ()		
接種開始年齢	接種年月日	接種医療機関名	接種医療機関所在地
生後2月以上 7月未満	初回1回目 年 月 日		
	初回2回目 年 月 日		
	初回3回目 年 月 日		
	追 加 年 月 日		
生後7月以上 1歳未満	初回1回目 年 月 日		
	初回2回目 年 月 日		
	追 加 年 月 日		
生後1歳以上 5歳未満	年 月 日		
交付申請額	円 (円・ 回分)		

予防接種を受けたことを証明する書類及び領収書をここに貼付してください。

生活保護受給者等の方は、生活保護受給証明書等を貼付してください。