

記入例

平成21年9月1日

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 小平市学園東町1-19-12

氏名 小平花子 (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件を満たすこと及びこの申請の内容について、次のとおり申請します。

なお、市長が、住民基本台帳、外国人登録原票等医療機関等へ照会することについて同意します。

お子様のお名前を記入してください。

フリガナ	コダイラ タロウ			生年月日	平成21年1月1日
被接種者氏名	小平太郎				
住所・電話番号	〒187-0043 小平市 学園東町1-19-12			電話	090 (0000) 1111
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	平成21年 4月 1日	学園病院	小平市学園東町1-19-12	
	初回2回目	平成21年 5月 1日	学園病院	小平市学園東町1-19-12	
	初回3回目	平成21年 6月 1日	学園病院	小平市学園東町1-19-12	
	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	10,500円 (3,500円・3回分)				

日中連絡可能な電話番号をご記入願います。

接種1回につき3,500円が上限です。
接種開始年齢で申請できる回数
が異なります。

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。