

年 月 日

関市長 様

申請者 住 所

氏 名

電話番号

(被接種者との関係 )

関市定期予防接種費助成金交付申請書

予防接種費の償還払を受けたいので、関市定期予防接種実施要綱第8条第3項の規定により、関係書類を添付し、又は提示して下記のとおり助成金の交付を申請し、併せて助成金の交付を請求します。

なお、この申請にあたり、住民基本台帳等の確認をすることに同意します。

記

1 被接種者

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
電話番号			

2 予防接種

予防接種の種類	接種日	支払料金	*申請金額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円

\*申請金額は、関市が定める金額となります。

3 関係書類

- (1) 医療機関の領収書(接種した予防接種の種類が分かるもの)
- (2) 医療機関から交付を受けた予防接種予診票
- (3) 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳、予防接種済証等)
- (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類