

別記様式第1号（第5条関係）

年 月 日

関市長 様

関市おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書

関市おたふくかぜ予防接種費用助成金の交付を受けたいので、関市おたふくかぜ予防接種費用助成金交付事業実施要綱第5条第1項の規定により、関係書類を添付して申請します。なお、市が関市おたふくかぜ予防接種費用助成金の額を確定するために、生活保護の受給状況について確認することに同意します。

申請者	氏名			
	住所			
	電話番号	() -		
接種者	ふりがな		申請者と の続柄	
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
接種日等	接種日	年 月 日		
	医療機関名			
	接種費用	円		
助成額	円（上限2,500円）			
関係書類	(1) 領収書その他の接種費を支払ったことが分かる書類 (2) 予防接種済証その他の予防接種を受けたことが分かる書類又は予防接種の予診票の写し (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類			