

様式第 2 号（第 4 条関係）

坂戸市風しんワクチン接種費用助成金交付申請書（保護者用）

年 月 日

坂戸市長 あて

（提出先：坂戸市立市民健康センター）

申請者 住 所
氏 名
電話番号
被接種者
との続柄

助成金の交付を受けたいので、坂戸市風しんワクチン接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、助成金の交付の決定に当たり必要となる情報について、市民健康センターの職員が住民基本台帳等により確認することについて同意します。

を（被接種者） ワクチンを受けた 接種者	住 所	坂戸市			
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
接種年月日	年 月 日	助成金交付申請額		円	

備考

- 1 助成金の額は、風しん単抗原ワクチン 3, 0 0 0 円又は麻しん風しん混合ワクチン 5, 0 0 0 円です。ただし、生活保護法による保護を受けている方及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている方については、1 0, 0 0 0 円を限度として接種費用を助成します。
- 2 助成金の交付は、被接種者 1 人につき 1 回限りです。
- 3 この申請書は、ワクチンの接種を受けた日から起算して 3 か月以内に、上記提出先に提出してください。

添付書類

- 1 風しんウイルス抗体検査結果の写し
- 2 接種済証明書の写し
- 3 領収書の写し