

様式第1号（第5条関係）

坂戸市予防接種再接種費用助成金交付申請書

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、坂戸市予防接種再接種費用助成金交付要綱第5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。

対象予防接種を受ける者 （被接種者）	住 所	坂戸市			
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	年	月	日	年齢 歳
対象予防接種名	接種年月日	接種費用 （①）	助成金上限額 （②）	交付申請額 （①又は②のいずれか少ない額）	
	月 日	円	円	円	
	月 日	円	円	円	
	月 日	円	円	円	
助成金交付申請額（合計）				円	

備考 この申請書は、対象予防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 接種済証明書の写し
- 2 領収書の写し
- 3 母子健康手帳その他定期予防接種の履歴を確認することができる書類の写し
- 4 医師の理由書その他の骨髄移植手術その他の特別の理由により既に受けた定期予防接種の予防効果が期待できないと医師が判断したことを確認することができる書類の写し