

様式第1号（第4条関係）

坂戸市おたふくかぜワクチン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）

助成金の交付を受けたいので、坂戸市おたふくかぜワクチン接種費用助成金交付要綱第4条第1項の規定により、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。

（保護者） 申請者	住 所			
	ふりがな 氏 名			
	電 話 番 号		被接種者との続柄	
被接種者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。		
	生 年 月 日	年 月 日		
	ふりがな 氏 名			
	接種医療機関名			
	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、ワクチンの接種1回につき3,000円（ワクチンの接種費用が3,000円に満たない場合にあつては、当該接種費用に相当する額）です。
- 2 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 母子健康手帳、接種済証明書その他のワクチンの接種に係る種類、接種日及び医療機関を確認することができる書類の写し
- 2 領収書の写し