

様式第3号（第8条関係）

坂戸市予防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、坂戸市予防接種費用助成金交付要綱第8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。

申請者 (保護者)	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。		
	ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ。		
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
助成対象 予防接種名	接種年月日	接種費用	助成金交付 申請額	
	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	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
	年 月 日	円	円	
助成金交付申請額（合計）			円	

備考 この申請書は、助成対象予防接種を受けた日から起算して1年以内に、上記提出先に提出してください。

添付書類

- 1 領収書
- 2 予診票
- 3 その他市長が必要と認める書類