

つくば市長 宛て

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話 _____

被接種者との続柄 _____

予防接種費用補助金交付申請書

協力医療機関以外での小児インフルエンザ予防接種のため、予防接種費用補助金の交付を下記のとおり申請します。

(1) 被接種者住所

申請者住所と同じ

その他 { 〒 - }

被接種者氏名	フリガナ	生年月日
		年 月 日 (歳 か月)
		年 月 日 (歳 か月)
		年 月 日 (歳 か月)
		年 月 日 (歳 か月)
		年 月 日 (歳 か月)

(2) 申請理由

かかりつけ医のため 協力医療機関で予約が取れなかったため

その他 ()

(3) 接種予定の市区町村・医療機関・接種予定日 ※未定でも構いません。

市区町村名 () 未定

医療機関名 () 未定 接種予定日 () 未定

(4) 通知書送付希望先住所

申請者住所

その他 { 〒 - }

添付書類

母子健康手帳の出生届出済証明欄(P.1)と全ての予防接種の記録のページ(P50~P.54あたり)の写し ※母子健康手帳によってページ数が異なる場合があります。

受付窓口処理欄 桜・谷・大・健・郵 (受付者:) 宛名番号 ()

予診票窓口渡し枚数 () 枚・なし

※急ぎでない場合は、補助金交付決定通知書とともに予診票を郵送します。

1回目接種の有無 (有 ・ 無)

※2回接種する方で申請時に1回目接種済みの場合は、2回目だけの助成となります。