

つくば市長 宛て

〒 -

申請者 住所

氏名

電話

対象者との続柄 母・父・その他()

予防接種費用補助金交付申請書

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

記

(1) 申請額

※助成回数 1回あたり1,000円

フリガナ 対象者氏名	生年月日	年齢	助成 回数	申請額
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1歳以上13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上	回	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1歳以上13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上	回	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1歳以上13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上	回	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1歳以上13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上	回	円
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 1歳以上13歳未満 <input type="checkbox"/> 13歳以上	回	円
			合計	円

※2回接種する年齢で申請時に1回目接種済みの場合は、2回目のみの助成

(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 () 医療機関名 ()
 接種予定日 ()

添付書類

- 母子健康手帳の出生届出済証明欄と予防接種の記録のページの写し
 生活保護受給者証の写し ※生活保護世帯の方のみ

受付窓口処理欄 桜・谷・大・健・郵 (受付者:) 宛名番号 ()