

年 月 日

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任意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

フリガナ 対象者氏名	生年月日	年齢	予防接種の種類	申請額
	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ	円
	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ	円
	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ	円
	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ	円
	年 月 日	歳	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ	円
合計				円

(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

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 ※生活保護世帯のみ

R6

受付場所	受付者	宛名番号	確認	入力	発送	申請番号
庁・大・桜 谷・郵		申請者: 被接種者:				