

小平市任意予防接種費用助成金交付申請書

小平市長 殿

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ (※)

※本人が自署しない場合は、記名押印してください。

小平市任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、小平市任意予防接種費用助成金交付要綱第9条第2号の規定により、次のとおり申請します。

なお、市長が、住民基本台帳等の調査を公簿等により行うこと及びこの申請の内容について医療機関等へ照会することについて同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
住所・電話番号	〒 _____ 小平市 電話番号 ()		
接種ワクチンの種類	帯状疱疹ワクチン 帯状疱疹ワクチン (乾燥弱毒生水痘ワクチン) ・ (乾燥組換え帯状疱疹ワクチン) (回目)		
接種年月日	年 月 日	交付申請額	円
接種医療機関名	(所在地:)		
添付書類	接種に要した費用及び接種を証明する書類を添付してください。 <input type="checkbox"/> 接種した医療機関等が発行した領収書の原本 <input type="checkbox"/> 接種時に使用した予診票（本人控）の写し		