

予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛 先) 下 関 市 長

(申請者) 住 所 下関市南部町1-1

氏 名 下関 太郎

連絡先 083-231-2664

続 柄 本人

下関市予防接種費用助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり助成金の交付を申請します。

1 対象者（予防接種を受けた者）

ふりがな	しものせき たろう		性別	男・女
氏名	下関 太郎			
生年月日	昭和53年 10月 1日			
住 所	下関市南部町1－1			

2 申請額

予防接種の種類	期・回数	接種日	接種場所	申請額	上限額 ※記入しないでください
麻しん風しん ワクチン	1回	〇月〇日	〇〇病院	11,495円	
申請金額（合計）				11,495円	

- (添付資料)
- 1 予防接種と分かる領収書等の原本（内訳のわかるもの）
 - 2 予防接種の記録が確認できる書類（病院から提出されるため、不必要）