

様式第1号（第6条関係）

我孫子市小児インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

我孫子市長 あて

申請者（保護者）住 所  
氏 名  
続 柄  
電話番号

小児インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。  
なお、生活保護世帯又は中国残留邦人等支援給付受給世帯である場合は、該当の有無について、市が保有する公簿等により市職員が確認することに同意します。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
対象児の氏名		(年齢)	( 歳)		
対象児の住所	我孫子市				
申請額	円				
内 訳	1回目	接種年月日	年 月 日	接種費用の額	円
		接種医療機関	名称		
	住所				
	2回目	接種年月日	年 月 日	接種費用の額	円
接種医療機関		名称			
	住所				
次のいずれかに該当する方は、該当する番号に○をつけてください。					
1 生活保護世帯					
2 中国残留邦人等支援給付受給世帯					

添付書類

- 1 予防接種の接種年月日及び接種ワクチンが確認できる書類（母子健康手帳の写し可）
- 2 予防接種費用の額が分かる領収書
- 3 その他市長が必要と認める書類