

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

申請書に、受付印を
押印してください。

保護者は、親権者です。

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 | ※金額の訂正は不可です。 | | | |
| 申請額 | 記入しない | 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