

予防接種費用補助金交付申請書

令和××年××月××日

(宛先) 旭川市長

申請者 住所 **旭川市〇〇町××条××丁目×番×号**

住民登録のある住所を記入すること。申請者氏名は保護者とすること。

氏名 **旭川花子**

電話番号 **××-××××**

次のとおり、予防接種費に係る補助金の交付を申請します。

申請額 **¥〇〇,〇〇〇** 円

様式第3号-2の下段にある申請額合計を記入すること。

※様式第3号-2の申請額の合計を御記入ください。

被接種者	フリガナ氏名	アサカ タロ 旭川太郎	生年月日	令和〇年〇月〇日
	住所	〒×××-×××× 北海道旭川市 〇〇町××条××丁目×番×号		
	保護者氏名	旭川花子	電話番号	(××)×××-×××
	滞在先住所	〒×××-×××× 〇〇道〇〇市〇〇町××条××丁目×番×号		

添付書類

- 予防接種に要した費用の領収書等
※領収書等に次の項目が記載されたもの
【被接種者の氏名、接種医療機関名、接種年月日、予防接種ごとの料金】
- 予防接種予診票
※予防接種予診票が提出できない場合は、母子健康手帳（表紙及び接種した予防接種の履歴）の写し又は予防接種済証の写し

里帰り先等の被接種者が滞在している（していた）住所を記載すること。