

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

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。

申請者 住所 旭川市〇〇町××条××丁目×番×号
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 ¥25,418 円

様式第1号-2の下段にある
申請額合計を記入すること。

※様式第1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	アヒカ タロウ 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

- (1) 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】
- (2) 次の書類のいずれか1点
 - ア 母子健康手帳（表紙及び接種した予防接種の履歴）の写し
 - イ 予防接種済証の写し
 - ウ 予防接種予診票兼接種券【旭川市提出用】の原本

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。