

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  
氏 名  
連絡先  
続 柄

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。なお、この申請に基づく助成金の交付の決定に際して必要があるときは、予防接種を受けた者の住民登録の状況を調査すること及び予防接種を行った医療機関に下関市が問い合わせることに同意します。

1 対象者（予防接種を受けた者）

ふりがな		性 別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日		
住 所	下関市		

2 申請額【※申請期限は、接種日から起算して1年以内です】

予防接種の種類	期・回数	接種日	接種場所	申請額	上限額 <small>※記入しないでください。</small>
申請金額（合計）					

- （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  
（予診票又は母子健康手帳の予防接種の記録欄の写し）