

## 予防接種助成金交付申請書

年 月 日

小千谷市長 あて

住 所  
申請者 氏 名  
電話番号  
被接種者との続柄

※申請者は、接種を受けた本人又はその保護者に限ります。

下記のとおり定期の予防接種を受けましたので、助成金の交付を申請します。

被 接 種 者	住 所	小千谷市					
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年		月		日	
申請理由		医療機関等で受けた具体的な理由					
接 種 状 況	予防接種の種類						
	医療機関	所在地					
		名称					
	接種日	年		月		日	
接種費用	円						
振 込 先	金融機関名	銀行・組合 金庫・農協		本店・支店			
	預金種別	普通・当座		口座番号			
	フリガナ 口座名義人						

- ※（添付書類）
- 1 医療機関発行の領収書（原本）
  - 2 小児又はHPV ワクチン接種者の場合は、母子健康手帳
  - 3 医療機関発行の接種済証又は予防接種済みであることを証する書類
  - 4 預金通帳等振込先の分かるもの
  - 5 接種した予防接種の予診票の写し

※以下の欄は記入しないでください。 小千第 号 交付決定： 年 月 日

次のとおり決定します。	課 長	課長補佐	係 長	担 当	公印使用	発 送
助成額 円						