

年 月 日

あきる野市長 殿

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号  
被接種者との続柄（ ）

あきる野市定期予防接種再接種費用助成金交付申請書

あきる野市定期予防接種再接種費用助成金の交付について、あきる野市定期予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

また、申請に当たり、被接種者の世帯の住民情報について市の公簿等で確認することに同意します。

記

1 被接種者

ふりがな		生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
住 所			

2 予防接種の内容

（あきる野市記入欄）

予防接種の種類	接 種 日	自 己 負 担 額	助 成 決 定 額
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
合 計 金 額		円	円

※1 助成額は、自己負担額と市の契約単価のいずれか低い金額になります。

※2 記入欄が不足するときは、別紙を作成してください。

※3 申請期限は、接種日から1年以内です。

3 添付書類

- (1) 再接種に係る医師の意見書
- (2) 再接種費用が分かる領収書の原本
- (3) 予防接種の記録が分かる母子健康手帳の写し又は予防接種済証等の原本若しくは写し
- (4) 市長が必要と認める書類