

様式第 1 号（第 5 条関係）

豊明市任意予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

豊明市長 殿

申請者（保護者） 〒
住所
氏名
電話

関係書類を添えて次のとおりおたふくかぜワクチン予防接種費の助成を申請します。

対 象 者 氏 名			申請者との 続柄	
生 年 月 日	年 月 日			
種 類	☐	1 おたふくかぜ（1 回目） 1 歳以上 2 歳未満		
		助成額 (1 回)	2,000 円	
	☐	2 おたふくかぜ（2 回目） 小学校就学前 1 年		
		助成額 (1 回)	2,000 円	
申 請 金 額	円			

※添付書類：次の①②のいずれかの書類

①接種が確認できる母子健康手帳及びその写し

②接種を証明できる領収書

（対象者氏名、接種年月日、予防接種名、金額及び医療機関名の記載並びに押印のあるもの）