

様式第1号（第7条関係）

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	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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）