

様式第 1 号（第 4 条関係）

豊明市風しんワクチン等接種費助成金交付申請書

年 月 日

豊明市長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号

関係書類を添えて次のとおり風しんワクチン等接種費の助成を申請します。

	申請者との続柄	(フリガナ) 氏 名	生 年 月 日	① 接種金額	② 助成対象額 (①の 1/2 又は 5000 円のいずれ か少ない額)	その他
接 種 者 名			年 月 日生 (歳)	円	円	生保
			年 月 日生 (歳)	円	円	生保
			年 月 日生 (歳)	円	円	生保
			年 月 日生 (歳)	円	円	生保
助 成 交 付 申 請 額	円					

※添付書類：（１）風しんの抗体検査結果票
（２）風しん予防接種の領収書（接種者氏名、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）

※添付書類はコピーでも可