

別 記

第 1 号様式 (第 6 条第 1 項)

年 月 日

大網白里市長 様

申請者 (保護者)

住 所

氏 名

(接種対象者との続柄)

電話番号

大網白里市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

大網白里市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

交付申請額 _____ 円

※第 2 号様式の交付申請額の合計を記入してください。

接種対象者	住 所	〒		
	フリガナ		性 別	男 ・ 女
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日 (満 歳 か月)

添付書類

- (1) 大網白里市特別の理由による任意予防接種費用明細書(第 2 号様式)
- (2) 接種対象者の属する世帯全員の住民票の写し
- (3) 接種対象者の属する世帯全員の市町村民税非課税証明書又は課税証明書
- (4) 医療機関等が発行した領収書
- (5) 予防接種の記録が記載されているもの(母子健康手帳の写し等)
- (6) 医師の意見書(第 3 号様式)
- (7) その他市長が必要と認める書類

※(2)及び(3)の書類については、市が保有する公簿等により確認することができる場合であって、個人情報確認同意書の提出があるときは、添付を省略することができます。