

第3号様式（第5条第1項）

年 月 日

大網白里市長 様

申請者

住 所

氏 名

注 本人が氏名を自署することにより  
押印を省略することができます。

(接種対象者との続柄 )

電話番号

大網白里市定期予防接種費用償還払交付申請書

大網白里市定期予防接種費用の償還払いに関する要綱第5条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

交付申請額 \_\_\_\_\_ 円

※第4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	_____		
	氏 名	_____	性 別	男 ・ 女
	生年月日	_____年 _____月 _____日 (満 歳 か月)		

添付書類

- (1) 定期予防接種費用明細書(第4号様式)
- (2) 接種対象者の住民票の写し
- (3) 定期予防接種を受けた指定外医療機関が発行した領収書の原本 (第4号様式の裏面に貼付)
- (4) 母子健康手帳その他予防接種の記録が記載されているものの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類

※ (2)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(第5号様式)の提出があるときは、添付を省略することができます。