

様式第 1 号（第 4 条関係）

予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

佐渡市長 様

申請者 氏 住 所

氏 名 印
電話番号

予防接種法の規定に基づく予防接種を受けましたので、佐渡市予防接種費用助成金交付要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、交付要件確認のため必要な事項は、住民基本台帳等により確認されることを承諾します。

予 防 接 種 を 受 け た 者 ※	住 所		〒 佐 渡 市		
	氏 名		(フリガナ)		
			(男 ・ 女)		
	生年月日		年 月 日		
接 種 状 況	予防接種名				
	医療機関	所在地			
		名 称			
	接 種 日		年 月 日		
	接 種 費 用		円		
振 込 先	金融機関名			支店名	
	預金種別		普通・当座	口座番号	
	口座名義人		(フリガナ)		

※ 申請者と被接種者が同一の場合、生年月日のみを記入すること。

【添付書類】

- ・ 予防接種を受けた医療機関が発行する領収書の写し
- ・ 母子手帳の予防接種記載欄の写し又は接種したことが分かる書類の写し