

足立区依頼書による定期予防接種費用助成申請書

年 月 日

提出先 足立区長
〒 -

申請者 氏名 _____

住所 _____

電話 _____ () _____

接種者との続柄 () _____

足立区依頼書による定期予防接種費用助成要綱第6条に基づき、当該費用の助成を受けたいので別紙必要書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 接種者

氏名		生年月日	年 月 日
住所	※申請者の住所と異なる場合のみ記入		
接種医療機関		医療機関所在地	

3 予防接種費用の助成内容

予 防 接 種 の 種 類	申請金額	審査額	接 種 年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日
ワクチン 回目・追加	円	円	年 月 日

申請額合計 円 審査合計 円

本申請の記載事項について、誤字、脱字などの軽微な訂正については、区役所職員が行うことに同意します。

本人自署 _____

【決裁処理欄】

審査の結果、 _____ 円の

助成金を決定する。

年 月 日

決 定			課長	係長	担当	受付者