

綾瀬市おたふくかぜ予防接種費助成申請書

年 月 日

（宛先）綾瀬市長

（申請者）住 所 _____

氏 名 _____

接種対象者との続柄 _____

電話番号 _____

年 月 日に承認されたおたふくかぜ予防接種の費用について、次のとおり助成を申請します。

接種対象者 (接種を受けた人)	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
接種を実施した 医療機関	医療機関名 (受診科名)	(科)
	所在地	
接種日	年 月 日	
助成申請額	円	
連絡先 (申請者と異なる場合のみ記入してください。)	氏名	
	住所	
	電話番号	
備考		

添付書類 予防接種に係る領収書

予診票（又は母子健康手帳の予防接種記録の写し）