

長泉町特別の理由による任意予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

長泉町長 様

申請者（保護者）住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。  
 (接種対象者との続柄： \_\_\_\_\_ )  
 電話番号 \_\_\_\_\_

助成金の交付を受けたいので、長泉町特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第7条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ			
予防接種名	接種年月日	接種費用① (支払った金額)	町記入欄		
			助成上限額② (契約単価)	申請金額 (①と②で少ない額)	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
	年 月 日	円	円	円	
			助成金支給合計金額	円	

【添付書類】

- 1 予防接種実施医療機関の領収書（接種対象者が再接種した予防接種の種類が記載されたものに限る。）
- 2 母子健康手帳又は予防接種済証明書その他再接種した予防接種の履歴が確認できるものの写し
- 3 その他町長が必要と認める書類