

記入例

第1号様式(第4条関係)

消えるボールペンは不可。
訂正印は申請者印と同じ印をご使用ください。

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金交付申請書

●●年 ●●月 ●●日

(宛先) 茅ヶ崎市市長

申請時の住所をご記入ください。

保護者の氏名を
ご記入ください。

住 所 茅ヶ崎市●●●1-2

申請者 氏 名 茅ヶ崎 花子 (印) (続柄)

申請年度をご記入ください。

電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

シャチハタは不可。

年度茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏 名	茅ヶ崎 太郎 [フリガナ: チガサキ タロウ]		
	生年月日	●●年 ●●月 ●●日		
	住 所	郵便番号 [●●●● - ●●] 茅ヶ崎市●●●1-2-3		
接種の内容	別紙のとおり			
予防接種の種類・期別	接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)
(例) ヒブ 1回目		10,000 円	10,551 円	10,000 円
(例) ヒブ 2回目		10,000 円	10,551 円	10,000 円
(例) 四種混合 1回目		14,000 円	13,478 円	13,478 円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
交付申請額 (合計)				33,456 円

限度額表の金額をご記入ください。

(A)と(B)のうち、
少ない金額をご記入ください。

助成金額(小計)を合計した金額をご記入ください。
合計金額を訂正印で修正することはできません。

備考 この申請書には、次の書類を添付してください。

- (1) 予診票又はその他予防接種の内容が確認できる書類(母子健康手帳等)
- (2) 領収書の写し
- (3) その他市長が必要と認める書類

担当課 記入欄	依頼書発行番号()	(收受印)
	窓口 氏 電話番号	市役所記入欄ですので、未記入をお願いします。
	受付者	受付方法