

第 1 号様式（第 5 条第 1 項）

東金市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

（宛先）東金市長

申請者（保護者）住 所
氏 名
続 柄
電話番号

東金市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、
次のとおり申請します。

記

接 種 対 象 者	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		

添付書類

- (1) 医師の意見書（別記第 2 号様式）
- (2) 再接種を受けた者の住民票の写し
- (3) 再接種の費用を支払ったことを証する書類
- (4) 母子健康手帳その他予防接種の記録が記載されているものの写し
- (5) その他市長が必要と認める書類