

様式第3号（第7条関係）

ときがわ町定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

ときがわ町長 様

申請者 住 所 ときがわ町大字
氏 名
被接種者との関係
電話番号

ときがわ町定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。なお、審査に際して確認等が必要な場合には、町が予防接種を受けた医療機関等に問い合わせることに同意します。

記

被接種者	住 所	〒		
	氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）		
保護者 (18歳未満の場合)	氏 名	(続柄)		
予防接種の種類				
接種医療機関名				
接種日				
助成金交付申請額		円		
備 考				

添付書類 (1)予防接種に要した費用を支払ったことを証する書類の写し
(2)予診票など接種内容を証する書類の写し

※注意 申請は、接種をした日から起算して3か月以内に行ってください。