

## 帯広市定期予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 帯広市長 米沢 則寿 様

(申請者)

〒  
住 所 帯広市

フリガナ

氏 名

電話番号

下記のとおり、帯広市定期予防接種費用助成金の交付を申請します。  
なお、支給額の決定のための受診医療機関への照会について同意します。

申請額 円

※助成申請額合計(市が記入します)

被 接 種 者	フリガナ 氏 名	生年月日	年 月 日
	住 所	〒 帯広市	
理 由	該当項目に○をつけてください。 ※必要に応じて( )に理由等を記載してください。 1 保護者の出産に伴う里帰りのため 対象者が生後6か月以上の場合はその理由 <input type="checkbox"/> 兄弟児 <input type="checkbox"/> 多胎児 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2 DV等による家庭の事情のため (具体的に: ) 3 被接種者、保護者または兄弟児等の長期療養(入院・入所等)のため (具体的に: ) 4 その他 (具体的に: )		
助成金交付決定通知書の送付先 ※住民票以外の住所に送付を希望する場合のみご記入ください			
〒			

予防接種名	回数	接種年月日	接種費用(A)	※市が記入します		
				助成上限額(B)	助成申請額 (A)と(B)の少ない額	
		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	
		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	
		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	
		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	
		年 月 日	円	円	円	
				助成申請額合計		円