

様式第1号(第5条関係)

富士見市インフルエンザ予防接種費用補助金交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)富士見市長

住 所
申請者 氏 名 ㊦
電話番号

富士見市インフルエンザ予防接種費用補助金の交付を受けたいので、補助金等の交付手続等に関する規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

- 1 交付申請額 _____ 円
2 実施内容

被接種者	住 所	富士見市		
	氏 名			
	生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日
1回目の接種日	2回目の接種日※	接種医療機関名	自己負担額	
令和 年 月 日	令和 年 月 日		円	
この要綱による補助金のほか補助対象経費に係る補助金等の交付 無・有 (円)				

※1回目の予防接種を受けた時点で13歳未満の補助対象者のみ

3 添付書類

- (1) 母子健康手帳の写し又は予防接種済証
- (2) 予防接種を実施した医療機関が発行する領収書及び明細書の原本
- (3) その他市長が必要と認める書類