様式第３号

　令和　年　　月　　日

八　郎　潟　町　長　様

（申請者）住　所

　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 被接種者との関係

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

八郎潟町遠隔地予防接種助成金申請書

予防接種費用の助成を受けたいので、八郎潟町遠隔地予防接種助成費支給要綱第６条第１項の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所  （※住民票） | 〒  八郎潟町 | | |
| フリガナ |  | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 性別 | 男 　・　 女 |
| 保護者氏名  ※被接種者が申請者と  異なる場合 | |  | 電話  番号 |  |
| 申請額 | |  | | 円 |

【添付書類】

（１）医療機関の領収書の写し（接種した予防接種等が確認できるもの）

（２）予診票等の原本又は写し

（３）予防接種等の記録が記載されているもの（母子健康手帳の写し）