

第3号様式（第5条関係）

年 月 日

大磯町定期予防接種費用助成金交付申請書

大磯町長 殿

申請者 住 所
氏 名
(対象者との続柄)
電 話 番 号

次のとおり、大磯町定期予防接種費用助成金の交付を申請します。

対象者	ふりがな 氏名 生年月日 年 月 日				男・女
保護者氏名					
住所					
滞在先等の居所					
実施医療機関名及び所在地					
予防接種名					
接種年月日					
支払った接種費用額					
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種済み証明書、又は母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 予診票（町提出用）				

この申請に必要な予防接種の内容を大磯町が実施医療機関等に確認することに同意します。