

第1号様式（第4条関係）

大磯町予防接種（任意接種）費用助成金交付申請書

年 月 日

大磯町長 殿

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電 話 番 号

次のとおり、大磯町予防接種（任意接種）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	男・女 年 月 日
申請理由		
実施医療機関名 及び所在地		
任意接種名		
接種日		
自己負担額		
添付書類	<input type="checkbox"/> 接種済み証明書又は母子健康手帳等の写し <input type="checkbox"/> 領収書の原本 <input type="checkbox"/> 予診票の写し	

この申請に必要な任意接種の内容を大磯町が住民基本台帳に関する情報及び実施医療機関に確認することに同意します。

【医療機関記入欄】

上記の申請理由による任意接種の実施について、証明します。	年 月 日
実施医療機関名 _____	