

様式第4号（第7条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者（保護者）  
 住所  
 氏名  
 （被接種者との続柄 ）  
 電話番号

特別な理由による予防接種の再接種費用助成金交付申請書

年 月 日付け 第 号で助成対象認定のあった、特別な理由による予防接種の再接種費用助成を受けたいので、鶴ヶ島市特別な理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第7条の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

| 被接種者   | 住 所   |       |        |                |
|--------|-------|-------|--------|----------------|
|        | 氏 名   |       |        |                |
|        | 生年月日  |       |        |                |
| 予防接種名  | 接種年月日 | 接種費用① | 市記入欄   |                |
|        |       |       | 助成上限額② | 申請金額（①と②の少ない額） |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
|        |       | 円     | 円      | 円              |
| 申請金額合計 |       |       |        | 円              |

【添付書類】

- 再接種費用の領収書（被接種者氏名、再接種の種類、再接種日、金額及び医療機関名が記載されたもの）
- 予防接種予診票の原本又は写し（医療機関名、接種医師名、保護者の署名その他必要事項が記載されたもの）
- 予防接種済証、母子健康手帳等の再接種の内容が確認できるもの