

様式第1号（第6条関係）

美濃加茂市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所 美濃加茂市  
氏 名  
被接種者との続柄  
電話番号

美濃加茂市骨髄移植等の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により助成金の交付を申請します。

なお、助成を受けるにあたり必要があるときには、税情報等の公募等の確認や医療機関に確認を行うことに同意します。

被 接 種 者	住 所			
	氏 名			
	生年月日		年	月 日
申 請 額	金 _____ 円			
予防接種の種類	再接種年月日	再接種費用 (A)	助成限度額 (※市記入欄) (B)	申請額 (A) 又は (B) の いずれか低い額 (※市記入欄)
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円

申請受理年月日	年 月 日	受 理 者 名
---------	-------	---------

【市記入欄】