

記入例

令和 年 月 日

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

申請者 住 所 美濃加茂市太田町3431-1

氏 名 美濃加茂 太郎

被接種者との続柄 父

携帯電話でもOK

電話番号 0574-25-2111

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 美濃加茂市太田町3431-1			
	氏 名 美濃加茂 一郎 ※再接種した人の氏名			
	生年月日 令和 ○ 年 △ 月 □ 日			
申請額	金			
申請額は記入しないでください (職員が記入します) ※金額は訂正不可				
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) または (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
領収書や明細書等で確認して記入 (分からなければ、職員にご相談ください)		円	円	円
		円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円
	年 月 日	円	円	円

【市記入欄】

申請受理年月日	令和 年 月 日	受理者名
---------	----------	------