様式第４号（第９条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　稲敷市長　　　様

稲敷市骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した場合における

予防接種補助金交付申請書

　　　　　　　　　申請書（保護者）

　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　電話番号

稲敷市骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した場合における予防接種補助金を受けたいので、稲敷市骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した場合における予防接種の実施に関する要綱第９条第２項に基づき、関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）  被接種者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 予防接種の種類 |  |
| 接種年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 領収書の金額 | 円 |
| 申請額 | 円 |

添付書類

＊領収書の写し

＊母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページの写し