

様式第1号（第4条関係）

北本市予防接種補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)北本市長

住所  
申請者 氏名 ⑩  
電話

次のとおり予防接種を受けたので、補助金の交付申請をします。

1 被接種者

- (1) 住所
- (2) 氏名
- (3) 生年月日 年 月 日生

2 予防接種実施状況

| 接種内容 | 接種日   | 接種年齢       | 接種医療機関 |
|------|-------|------------|--------|
|      | 年 月 日 | 歳（ か<br>月） |        |
|      | 年 月 日 | 歳（ か<br>月） |        |
|      | 年 月 日 | 歳（ か<br>月） |        |
|      | 年 月 日 | 歳（ か<br>月） |        |
|      | 年 月 日 | 歳（ か<br>月） |        |

振込口座

|            |           |
|------------|-----------|
| 銀行・信用金庫・農協 | 支店・出張所・支所 |
| 普通・当座      | 口座番号      |
| ふりがな       |           |
| 口座名義       |           |

備考 氏名を署名した場合は、押印を省略することができます。

※申請手続きの際は、母子健康手帳や領収書の明細など、接種を受けた人の名前、接種日、接種内容が確認できるものを持参してください。