

# 予防接種費用助成金申請書

年 月 日

鹿角市長 様

申請者 住 所 鹿角市 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
被接種者との続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

以下のとおり、予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。

被接種者	氏名	
	生年月日	年 月 日生
	住所	鹿角市 (※申請者住所と異なる場合に記入)
申請額		円

## 添付書類

- 1 予診票
- 2 医療機関が発行した領収書及び診療明細書

助成金額内訳	予防接種名		委託契約額		接種費用		領収書添付確認欄
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
		年 月 日		円		円	
※助成金の額は、医療機関に支払った費用と鹿角市が医師会と委託契約している額のいずれか低い方の額となります			申請額合計	円			