

様式第1（第5条関係）

新城市予防接種助成金交付申請書

年 月 日

新 城 市 長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

新城市予防接種助成金の交付を受けたいので、新城市予防接種助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

1 助成金申請額 _____ 円

2 被接種者名及び接種内容

被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
ふりがな 被接種者名	
生年月日	
連絡先	
予防接種の種類	1. 高齢者インフルエンザ予防接種 2. 高齢者肺炎球菌感染症予防接種 3. 新型コロナウイルス感染症予防接種 4. 帯状疱疹ワクチン予防接種 (<input type="checkbox"/> 生ワクチン <input type="checkbox"/> 組み換えワクチン)
申請の理由	
接種年月日	年 月 日
医療機関名	

【添付書類】

- (1) 接種した医療機関等の領収書
- (2) 予診票