

様式第1号（第5条関係）

羽生市特別の理由により免疫が消失した子に対する
任意予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)
羽生市長

申請者 住所
氏名
被接種者との関係（ ）
電話

羽生市特別の理由により免疫が消失した子に対する任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので羽生市補助金等の交付手続等に関する規則第5条第1項の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、交付要件の確認のため、羽生市が保有する個人情報を見ることができ、及び医療機関に問合せをすることに同意します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳 カ月)
被接種者 氏名			
保護者氏名			
被接種者住所	〒		
医療機関名 及び所在地	〒		
申請理由			
接種費用	(医療機関で支払った金額)	円	

