様式第1号（第5条関係）

おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書

　年　　月　　日

福智町長　　　殿

住 　　　所

申 請 者 氏 名

電 話 番 号

　福智町おたふくかぜ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被接種者住所 | □申請者と同じ |
| 被接種者氏名 |  |
| 被接種者生年月日 |  |
| 接種年月日 |  | 接種回数 | 1回目・2回目 |
| 助成金額 | 3,000円 |