様式第５号(第５条関係)

筑紫野市予防接種費用助成金交付申請書

年　　月　　日

（宛先）
筑紫野市長

住　　所　筑紫野市
氏　　名
電話番号
被接種者との続柄

予防接種費用の助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて筑紫野市予防接種費用助成事業実施要綱第５条第１項の規定により申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">被接種者</td><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="1">年　　月　　日</td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">筑紫野市</td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">予防接種の種類、接種日及び接種費用</td><td>接種種類</td><td>接種日</td><td colspan="2">接種費用</td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td></td><td>年　　月　　日</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>申請金額</td><td colspan="4">円</td></tr>
</table>

※添付書類
・実費負担に係る領収証の写し
・予診票の原本又はその写し
・母子健康手帳又は予防接種済証の写し