

年 月 日

申請者（保護者）住所
氏名
電話番号

上田市任意予防接種費用補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

- ## 2 交付対象

氏名 (被接種者)	生年月日	申請者との続柄	接種を受けた日	医療機関名	申請額(※)
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円
	年 月 日		年 月 日		円

インフルエンザ	接種に要した費用又は1,000円のどちらか少ない方の額
風しん	接種に要した費用の2分の1又は3,000円のどちらか少ない方の額

- #### 4 振込先

振込口座	銀行 組合 金庫 農協						本店 支店 支所 出張所				
	預金種別	普通 ・ 当座						フリガナ			
	口座番号							口座名義人			

- ・医療機関が発行する領収書及びその明細（予防接種に要した費用及びワクチンの種類が確認できる書類）の写し
- ・風しん抗体検査の結果がわかる書類（風しん予防接種の場合に限る。）
- ・その他市長が必要と認める書類