

様式第1号(第5条関係)

駒ヶ根市県外予防接種費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

(申請先)駒ヶ根市長  
(子ども課)

申請者 住所  
ふりがな  
氏名 印  
(被接種者との続柄)( )  
連絡先(電話)

駒ヶ根市県外予防接種費補助金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて申請します。  
記

被 接 種 者	住 所					
	ふりがな 氏 名					
	生年月日	年 月 日生				
申 請 金 額 の 算 出 基 礎	予 防 接 種 の 種 類	接 種 日	医 療 機 関 名	自己負担額 (実績)  (A)	予 防 接 種 市 町 村 間 相 互 乗 り 入 れ 業 務 委 託 単 価 (B)※市記入	申 請 金 額 (A) 又は (B) の う ち い ず れ か 少 ない 額 ※市記入
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
		年 月 日		円	円	円
申請金額(合計)						円
上記医療機関で 接種した理由						

(添付書類) 予防接種に係る医療機関発行の領収書