

海老名市乳幼児等予防接種助成金交付申請書				
				年 月 日
海老名市長 殿				
申請者 住所 氏名 被接種者との続柄 電話番号 ( )				
海老名市乳幼児等予防接種助成金の交付を受けたいので、海老名市乳幼児等予防接種助成金交付要綱第10条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。				
ふりがな 被接種者名				
申請理由	依頼申請書のとおり			
受診年月日	別紙 予診票のとおり			
受診医療機関	別紙 予診票のとおり			
予防接種の種類	期 別	接種年月日	接種料金	助成金額
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
		年 月 日	円	円
合 計 金 額			円	円
助 成 申 請 額				円

- 添付書類 1 予防接種予診票（市提出用）又は予防接種の記録  
2 予防接種料金を支払ったことを証する書類（領収書）