

様式第1号（第5条関係）

三木市おたふくかぜワクチン予防接種費助成申請書

年 月 日

三木市長 様

申請者住所 三木市
氏 名

被接種者との関係()
電話番号()

三木市おたふくかぜワクチン予防接種費助成要綱第5条第3項の規定により、
次のとおり申請します。

住 所	〒673— 三木市		
フリガナ 子の氏名 (被接種者)		生年月日	年 月 日
接種に要し た費用	円	接 種 日	年 月 日
接種した医 療機関	(医療機関名) (所在位置)		
接種確認	1 母子健康手帳 2 領収書		

注)この申請書を提出するときは、母子健康手帳・印鑑を持参してください。