第１号様式（第５条関係）

予防接種健康被害申請費助成金交付申請書

年　　月　　日

　立川市長　殿

住　　所：

氏　　名：

電話番号：

　予防接種健康被害申請費助成金の交付について次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被 接 種 者 | フリガナ |  | 生年  月日 | 年　　月　　日生（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　） | | |
| 申 請 金 額 内 訳 | 医療機関等が作成した受診証明書の枚数 | | 枚 | |
| 申　請　金　額  （4,000円 × 受診証明書の枚数） | | 円 | |