

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

牛久市長 様

牛久市予防接種（B 類疾病）補助金交付申請書

（フリガナ）
氏 名
生年月日 年 月 日（ ）歳
住 所 〒

電話番号

牛久市予防接種（B 類疾病）の実施に関する告示第6条第4項の規定に基づき、牛久市予防接種（B 類疾病）補助金を申請します。

記

1 申請額 金 _____ 円

接種日	予防接種の種類	接種費用	公費負担額

2 添付書類
接種した予防接種の種類が分かる領収書(写し)