第１号様式

**公害健康被害者インフルエンザ**

**予防接種費用助成金交付申請書**

（申請先）

横浜市長 年　　　　　　月　　　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公害健康被害者 | 公害医療手帳の認定番号 | 横　浜　　－　 |  |  |  |  |
| ふりがな |  |  | 生年月日 | 大正昭和 | 年　月　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 添付書類 | インフルエンザ予防接種を受けた際の自己負担費用が証明できる書類 |

インフルエンザ予防接種費用助成金の交付を受けたいので申請します。公害健康被害補償給付振込口座届出書に指定の口座にお振り込み下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　　請　　者 | 公害健康被害者との関係 | 本人・その他（　　　　　　　） |
| 申請者が本人の場合、以下は記入不要です。 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

（注意）添付する書類のうち、インフルエンザ予防接種済証については写しでも可とします。

* 印の欄は記入しないでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※　処　理　欄 | 受　理　日 | 備　　考 |
|  |  |