

第1号様式（第7条関係）その1

知多市予防接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

知多市長様

申請者 住所 知多市の住所を記入

(請求者) 氏名 申請者の氏名を記入

電話番号 日中につながる電話番号

知多市予防接種費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

接種を受ける児	被接種者氏名	
	被接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	被接種者住所	申請者と異なる場合に記入。同居の場合は「同上」。
	予防接種名	例) ロタリックス1回、B型肝炎1回、小児用肺炎球菌1回、五種混合1回 ※接種する予定の予防接種名と回数を記入。ロタワクチンは、「ロタリックス」または「ロタテック」(令和2年8月1日以降に生まれた方のみ)と明記。記入に迷う場合はご相談ください。
	滞在地住所 <small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small>	〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△県・・・・・・ □□様方
申請理由	例) 里帰り中のため(〇月末まで滞在予定)。	
接種する医療機関	実施医療機関等名	
	電話番号	— —

注 児童の予防接種においては、保護者の方が申請者となります。