

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

(請求者) 氏 名

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。

| | |
|---|---------------|
| 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 | |
| 予 防 接 種 名 | |
| 滞 在 地 住 所 <small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small> | |
| 申 請 理 由 | |
| 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。