

## 知多市予防接種費補助対象者認定申請書

令和〇年〇月〇日

知多市長様

〒〇〇〇-〇〇〇〇

申請者住所 〇〇市〇〇〇〇

(請求者) 氏名 〇〇 〇〇

日中つながる番号

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

知多市予防接種費補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

被接種者氏名	〇〇 〇〇
被接種者生年月日	昭和〇年〇月〇日 (〇歳〇か月)
被接種者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇〇〇
予防接種名	インフルエンザ
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 〇〇県・・・・〇〇様方
申請理由	例1) 施設に入所中のため 例2) 親の介護に伴い、上記住所に滞在中のため など
実施医療機関等名	〇〇医院 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

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。