

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

申請者 住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇  
(請求者)氏 名 〇〇市〇〇〇〇  
〇〇 〇〇  
電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

日中つながる番号

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。