

## 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

令和 ○年 ○月 ○日

知 多 市 長 様

〒○○○—○○○○

申請者 住 所 知多市・・・・

(請求者) 氏 名 ○○ ○○

日中つながる番号

電話番号 ○○○—○○○○—○○○○

知多市予防接種費補助金交付要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

|                                               |                                           |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------|
| 被 接 種 者 氏 名                                   | ○○ ○○                                     |
| 被 接 種 者 生 年 月 日                               | 昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○歳 ○か月)                   |
| 被 接 種 者 住 所                                   | 〒○○○—○○○○<br>知多市・・・・                      |
| 予 防 接 種 名                                     | 例) 風しん (第5期)                              |
| 滞 在 地 住 所<br><small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small> | 〒○○○—○○○○<br>○○県・・・・ ○○様方                 |
| 申 請 理 由                                       | 例1) 単身赴任のため<br>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                               | ○○医院                                      |
|                                               | 電話番号 ○○○○ — ○○ — ○○○○                     |

※ 児童を対象とするA類疾病の定期予防接種においては、保護者の方が申請者となります。