

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	年 月 日（ 歳 か月）
被 接 種 者 住 所	
予 防 接 種 名	
滞 在 地 住 所 現在市外に滞在している場合のみ記入	
申 請 理 由	
実 施 医 療 機 関 等 名	
	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。