

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。