

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 〒○○○-○○○
 (請求者) 氏名 ○○市○○○
 ○○ ○○
 電話番号 ○○○-○○○-○○○

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	○○ ○○
被接種者生年月日	昭和 ○年 ○月 ○日 (○歳 ○か月)
被接種者住所	〒○○○-○○○ ○○市○○○
予防接種名	新型コロナウイルス感染症
滞在地住所 <small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small>	〒○○○-○○○ ○○県 ○○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	○○医院
	電話番号 ○○○○ - ○○ - ○○○○

申請者と同じ場合は「同上」

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。