

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	〒○○○—○○○○ 知多市・・・・
予 防 接 種 名	带状疱疹（シングリックス1回目、2回目）
滞 在 地 住 所 現在市外に滞在している場合のみ記入	〒○○○—○○○○ ○○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 ○○○○ — ○○ — ○○○○

※ 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。