

第1号様式（第7条関係）その2

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

RSウイルス感染症予防接種費用の補助を受けたいので、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
被 接 種 者 住 所	
出 産 予 定 日 ※	年 月 日 ( 週 日)
滞 在 地 住 所 <small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small>	
申 請 理 由	
実 施 医 療 機 関 等 名	
	電話番号 — —

※出産予定日及び申請日時点の妊娠週数を記載してください。