

【 記入例 】

東浦町予防接種費補助金対象者認定申請書

予防接種を受ける方が18歳未満の方は保護者氏名を、18歳以上の方はご本人のお名前をご記入ください。

令和〇年 〇月 〇日

住所 東浦町大字石浜字岐路21
 ※申請者 氏名 東浦花子
 電話番号 0566-83-9677

次の予防接種費用の補助を受けたいので、東浦町定期予防接種費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

接種するワクチン名と何回目の接種かをご記入ください。

ふりがな 被接種者氏名	ひがしうら たろう 東浦太郎
被接種者生年月日	令和〇年 〇月 〇日 (〇歳〇か月)
被接種者住所	東浦町大字 石浜 字 岐路21
予防接種名	高齢者インフルエンザ
滞在地住所 <small>現在町外に滞在している場合のみ記入</small>	
申請理由	入院中のため
実施医療機関等名	おだい総合病院
	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

※ 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。