

# 【 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 <b>東浦太郎</b>
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 <b>石浜</b> 字 <b>岐路21</b>
予防接種名	<b>ロタリックス①②、ヒブ①②、肺炎球菌①②、 B型肝炎①②、四種混合①</b>
滞在地住所 <small>現在町外に滞在している場合のみ記入</small>	<b>三重県桑名市中央町〇丁目〇〇</b>
申請理由	<b>里帰りのため</b>
実施医療機関等名	<b>おだい総合病院</b>
	電話番号 <b>〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇</b>

※ 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。