

様式第1（第7条関係）

東浦町予防接種費補助金対象者認定申請書

令和 年 月 日

東浦町長

住 所 _____

※申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

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。

ふ り が な 被 接 種 者 氏 名	
被接種者生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日（ 歳 か月） 令和
被 接 種 者 住 所	<input type="checkbox"/> 同 上 東浦町大字 字
予 防 接 種 名	
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	
実施医療機関等名	電話番号 — —

※ 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。

申請者以外の住所へ送付を希望する場合は記入してください	<input type="checkbox"/> 上記滞在地住所へ送付 <input type="checkbox"/> その他（下記へ記入してください） 〒 — (様方)
-----------------------------	--