

長久手市定期予防接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

長久手市長 殿

申請者 〒 -
(保護者) 住所
氏名 印
電話番号

定期予防接種費に係る助成を受けたいので、長久手市定期予防接種費助成金交付要綱第6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		申請者との 続柄	
被接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)		
被接種者住所	〒 - 長久手市		
予防接種名			
滞在先住所	電話番号 () - 施設名 :		
申請理由			
実施予定医療機関等	医療機関名 住所 電話番号		

1 被接種者が児童の場合は、被接種者の母子健康手帳予防接種記録の写しを添付してください。

2 書類送付先が申請者住所と異なる場合は、以下に記入してください。

氏名 _____ (続柄 : _____)

住所 _____

電話番号 _____