

記入見本(高齢者)

第1号様式(第6条関係)

日付は入れないでください。

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 〒480-1196

(保護者) 住所 長久手市岩作城の内 101 番地 1

●●マンション 101 号

氏名 長久手 かえで

電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

長久手市の住民票の住所、
マンション名、氏名、
電話番号の記入

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	ながくて かえで 長久手 かえで	申請者との 続柄	本人
被接種者生年月日	昭和〇〇年〇月〇日 (〇〇歳)		
被接種者住所	長久手市岩作城の内 101 番地 1 ●●マンション 101 号 又は(申請者が本人の場合、上記と同じなら) 同上		
予防接種名	高齢者インフルエンザ予防接種 希望するワクチン名を 記入してください。		
滞在先住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ☆県★市★区〇1丁目〇番地 △マンション 101 号 〇〇方 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 施設名:		
申請理由	県外に入院中のため など 接種をする予定の 医療機関名、住所、電話番号を記 入してください。		
実施予定医療機関等	医療機関名 〇〇〇クリニック 住所 ☆☆県★★市★★区●●2丁目22番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 医療機関を変更する場合は再申請 が必要です。		

- 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。
- 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 _____

接種するのに必要な書類を送付しますので、
送付先が申請者と同じ住所ではない場合は、
記入をしてください。
〇〇様方まで記入をお願い致します。

市内予診票をお持ちの場合は、お持ちください。記入の忘れがないか確認をお願い致します。