

記入見本(子ども)

第1号様式(第6条関係)

長久手市定期予防接種費助成対象者認定申請書

日付は入れないでください

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 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

保護者の住所、マンション名、氏名、携帯電話番号の記入

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 さつき 長久手 さつき	申請者との 続柄	子	マンション・アパート 名まで記入
被接種者生年月日	平成29年4月3日 (0歳 1か月)			
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			
予防接種名	▲▲ワクチン 1回目、2回目 ◎◎ワクチン 1回目、2回目 ■■ワクチン 1回目、2回目			希望するワクチンと 回数を記入(申請日から1年以内に 接種可能な予防接種に限ります。)
滞在先住所	☆☆県★★市★★区●●1丁目 11 番地 〇〇方 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 施設名 :			滞在先住所を記入 電話は携帯の番号
申請理由	県外に里帰りのため			理由を記入
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			接種をする予定の医療機関名、住所、 電話番号を記入 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
 で、送付先が長久手市ではない場合は、
 記入をしてください

* 押印や記入の忘れはありませんか? 母子健康手帳予防接種記録の写しと一緒に提出してください。