第１号様式（第５条関係）

記入見本

長久手市定期予防接種費助成対象者認定申請書

令和〇年〇〇月〇〇日

（宛先）長久手市長

・住民票の住所、マンション名まで記入してください。
・携帯番号等、日中連絡のつく番号を記入してください。

申請者　〒 **480**－〇〇〇〇
（保護者）住所**長久手市岩作城の内××番地●●ﾏﾝｼｮﾝ101号**
氏名　**長湫　スイ**
電話番号　**0561-00-0000**

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５条の規定に基づき、次のとおり申請します。なお、長久手市定期予防接種費助成金交付要綱を遵守します。

フ リ ガ ナ 被接種者氏名	**ナガクテ　スイ** **長湫　スイ**	申請者との続柄	**本人**
被接種者生年月日	**昭和**　〇〇年　〇月　〇〇日　　（　　〇〇歳　）		
被接種者住所	〒　　－ 長久手市 ☑申請者と同じ（省略可）		
予防接種名	□ 高齢者肺炎球菌予防接種 ☑ 帯状疱疹予防接種（ ビケン ・ シングリックス ） ☑ インフルエンザ予防接種 ☑ 新型コロナウイルス感染症予防接種 □ 風しん第 5 期予防接種		
滞在先住所	〒**468－0000** **〇〇県△△市××区●●** **1 丁目 11 番地　〇〇様方** 電話番号(〇〇〇)△△△－×××× 施設名		
申請理由	□かかりつけ医　□長期入院治療　□施設入所（入居） ☑その他（**娘の家に長期滞在しているため**）		
実施予定医療機関等	医療機関名　**〇〇クリニック** 住所　**〇〇県△△市××区●●2丁目22番地** 電話番号　**〇〇〇-△△△-0000**		

申請者と被接種者が異なる場合は、被接種者の氏名、続柄、生年月日、住所(住民票の住所)を記入してください。

希望するワクチンに〇

✔をつけてください。

携帯番号等、日中連絡のつく番号を記入してください。

✔及びその他の場合は理由を記入してください。

A類疾病の場合は、親子（母子）健康手帳の予防接種記録の写しを添付して申請してください。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

高齢者の場合は、母子健康手帳の写しは不要です。

申請者の住所以外に書類の送付を希望する場合は記入してください(〇〇様方まで記入)。