

記入見本(高齢者)

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 印
 電話番号 090-0000-0000

住民票の住所、マンション名、氏名、携帯電話番号の記入

押印を忘れずに

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	ながくて かえで	申請者との	
被接種者氏名	長久手 かえで	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		
予防接種名	高齢者インフルエンザ予防接種		
滞在先住所	☆☆県★★市★★区●●1丁目 11 番地 〇〇方 電話番号 090-0000-0000 施設名 :		
申請理由	県外に入院中のため		
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		

マンション・アパート名まで記入

希望する接種名を記入

滞在先住所を記入
電話は携帯の番号

理由を記入

接種をする予定の医療機関名、住所、電話番号を記入

- 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 _____

接種するのに必要な書類を送付しますので、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？