

長久手市定期予防接種費助成対象者認定申請書

令和 年 月 日

（宛先）長久手市長

申請者 〒 -
（保護者）住所
 氏名
 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 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。

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	昭和 年 月 日 （ 歳）		
被接種者住所	〒 - □申請者と同じ（省略可） 長久手市		
予防接種名	☐ インフルエンザ予防接種 ☐ 高齢者肺炎球菌予防接種 ☐ 新型コロナウイルス感染症予防接種 ☐ 带状疱疹予防接種 ☐ 風しん第 5 期予防接種		
滞在先住所	電話番号（ ） - 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（ ）		
実施予定医療機関	医療機関名 住所 電話番号		

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 _____