

記入見本（子ども）

第1号様式（第5条関係）

長久手市定期予防接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

(宛先) 長久手市長

申請者 〒 480-0000

(保護者) 住所 長久手市〇〇-△ 〇マンション〇号

氏名 長久手 花子

電話番号 090-0000-0000

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 タロウ 長久手 太郎	申請者との 続柄	子
被接種者生年月日	令和〇年1月1日 (0 歳)		
被接種者住所	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ (省略可) 長久手市		
予防接種名	▲▲ワクチン1回目、2回目 (申請日から1年以内に接種できる予防接種を申請することができます。)		
滞在先住所	〒000-0000 △△県●●市1丁目1番地 ■■方 電話番号 (000)0000-0000 施設名		
申請理由	県外に里帰りのため		
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2丁目2番地 電話番号 000-0000-0000		

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 長久手 花子 (続柄: 本人)

住所 滞在先に同じ

電話番号 090-0000-0000

ロタウイルスの接種を申請される場合は、申請の前に、接種を希望する医療機関に「ロタリックス」と「ロタテック」のどちらのワクチンを取り扱っているか、確認をしてください。どちらか分かるように記載をお願いします。