

出雲崎町任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

出雲崎町長 様

申請者 住 所 出雲崎町大字

氏 名

続 柄 (被接種者からみた関係)

電話番号

出雲崎町任意予防接種費用助成事業実施要綱第 4 条の規定に基づき、次のとおり助成を申請します。

予防接種の種類 〔該当するものに○ をつけてください〕		1. 妊婦のインフルエンザ 2. 子どものインフルエンザ (1 回目 ・ 2 回目) 3. おたふくかぜ (1 回目 ・ 2 回目)			
No.	ふりがな 被接種者氏名	生 年 月 日	年齢	接 種 予 定 医療機関名	町記入欄 決定番号
1		年 月 日			
2		年 月 日			
3		年 月 日			
4		年 月 日			
5		年 月 日			

以下町記入

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしいか お伺いします。	起案	・	・	
	決裁	・	・	
決 定	課長	補佐	係長・副参事	係
<input type="checkbox"/> 助成する 助成決定額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 助成しない				