

予防接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

阿久比町長 殿

申請者※ 住 所 阿久比町
氏 名
電話番号

阿久比町定期予防接種費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

被接種者 住 所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ		電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ
ふりがな		生年月日	年 月 日	
被接種者 氏 名		(年齢)	(満 歳 か月)	
申請理由	該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 町外の医療機関や施設等に入院(入所)している <input type="checkbox"/> (児童のみ) 母親の出産等に伴い、県外に滞在している <input type="checkbox"/> (高齢者のみ) 自宅で寝たきり等の介護状態にあり、町外の医療機関の往診を受けている <input type="checkbox"/> その他 ()			
送付先	希望するものに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。その他の場合、送付先を記入してください。 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 被接種者住所 <input type="checkbox"/> その他 []			
希望する 市町村		希望する 医療機関		
希望する 予防接種				

※児童の予防接種においては、保護者の方が申請者になります。
公費負担額を上限とするため、自己負担額が生じる場合があります。

【職員記入欄】

申請受理年月日	年 月 日	住基確認済			
母子手帳確認済		受付者		受付番号	