

様式第1号（第5条関係）

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
氏 名
電話番号
続 柄

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		
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	年 月 日
申請理由	<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	<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 予防接種		希望する 医療機関等		

※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。