予防接種費補助対象者認定申請書

　　年　　月　　日

武 豊 町 長　殿

　　　　　　　　　　　　申 請 者※　住　　所　武豊町

　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

武豊町定期予防接種費補助金交付要綱第５条に基づき、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者住　所 | □申請者に同じ　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  | ＴＥＬ | （　　　）　　－ |
| 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ |  | 生年月日（年齢） | 　　　年　　　月　　　日 |
| 被接種者氏　名 |  | （満　　歳　　か月） |
| 申請理由 | 該当するものに☑をしてください。□町外にかかりつけ医がいる　　□町外の医療機関や施設等に入院（入所）している□母親の出産に伴い、県外に滞在している　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 送 付 先 | 希望するものに☑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。□申請者住所　　　□被接種者住所　□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 |  |