様式第１号

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	