

小鹿野町法定外予防接種費用助成申請書

令和____年____月____日

小鹿野町長 様

申請者 郵便番号 _____ - _____

住 所 小鹿野町 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ - _____

予防接種費用の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

○被接種者

1 氏 名 _____

生年月日 T・S・H____年____月____日生 申請者との続柄（例：子） _____

希望予防接種（下記より該当する番号を記入） _____、_____

2 氏 名 _____ 接種予約日____月____日

生年月日 T・S・H____年____月____日生 申請者との続柄（例：子） _____

希望予防接種（下記より該当する番号を記入） _____、_____

3 氏 名 _____ 接種予約日____月____日

生年月日 T・S・H____年____月____日生 申請者との続柄（例：子） _____

希望予防接種（下記より該当する番号を記入） _____、_____

希望予防接種

1 肺炎球菌ワクチンによる予防接種

私は、この申請に基づく費用助成の審査に当たり、対象者である確認に必要があるときは、町の保有する個人情報を利用することに同意します。

署 名 _____

※ 接種履歴を確認できるものがありましたら、お持ちください。

【職員確認欄】

- 過去に接種歴がないまたは前回接種から5年以上経過している
- 年齢が70歳以上である

受付者	確認者