

様式第 1 号（第 7 条関係）

法定外予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

小鹿野町長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

被接種者との続柄

法定外予防接種を受けたいので、小鹿野町法定外予防接種実施要綱第 7 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、申請内容を確認するため、町の保有する個人情報を利用し、内容について必要に応じ関係機関へ照会することに同意します。

被接種者	氏 名	☐ 申請者と同様
	住 所	☐ 申請者と同様
	生年月日	年 月 日生（ 歳）
希望予防接種 ※希望する□にチェックをしてください。		☐ 高齢者肺炎球菌予防接種 ☒ ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 ☐ 帯状疱疹予防接種 ☐ 中学校 3 年生インフルエンザ予防接種
接種予定日		年 月 日
接種予定医療機関名称 及び医療機関所在地		名 称
		所在地