

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同様
	住 所	<input type="checkbox"/> 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。	<input checked="" type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症予防接種 <input type="checkbox"/> 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	