

東海市予防接種費補助対象者認定申請書

令和 年 月 日

(宛先) 東 海 市 長

住 所 _____

※申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

次の予防接種費用の補助を受けたいので、令和5年度東海市予防接種費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

ふ り が な 被 接 種 者 氏 名	
被接種者生年月日	年 月 日 (歳)
被 接 種 者 住 所	東海市
予 防 接 種 名	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ
滞 在 地 住 所 (送 付 先 住 所) <small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small>	〒 (様方) 電話 <input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ
申 請 理 由	<input type="checkbox"/> 特殊な疾患を有し、市外にある医療機関等に通院しているため <input type="checkbox"/> 市外にある医療機関等に入院しているため <input type="checkbox"/> 市外にある介護老人保健施設等に入所しているため <input type="checkbox"/> その他 ()
実施医療機関等名	〒 住所 医療機関名
	電話番号 ー ー

※申請者は、被接種者本人です。

受付日 _____ 受付者 _____