

東海市予防接種費補助対象者認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 東 海 市 長

住 所 東海市

※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6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	大正 昭和 年 月 日 (歳 カ月)
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予防接種 <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナワクチン接種
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 TEL <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	医療機関名
	住所
	電話番号

※申請者は被接種者本人です。

受付日： 年 月 日 受付者