

様式第2号（第5条関係）

法定外予防接種費用全額助成申請書

年 月 日

日光市長 様

住所
申請者 氏名
電話

印

次のとおり、予防接種費用の全額助成を受けたいので申請します。

助成対象者	ふりがな		申請者との続柄	生活保護
	氏名			
	生年月日	平成 年 月 日 (満 歳)	申請理由	
接種希望医療機関名			予防接種名	インフルエンザ

※ 市処理欄

	判定	処理日	処理者印
要件確認	適・否	・	
助成券交付	No.	・	