

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 日光市

申 請 者 氏 名 印

電 話 ー

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	
	氏 名			
	生 年 月 日	平成 年 月 日 (満 歳)	申 請 理 由	生活保護
接種希望医療機関名			予防接種名	小児インフルエンザ

※ 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.	・ ・	