

様式第 2 号 (第 5 条関係)

日光市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 印  
電話番号 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	生活保護世帯
	氏名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	申請理由	
接種希望医療機関名			予防接種名	

※ 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.	・ ・	