

日光市法定外予防接種費用全額助成申請書

令和 年 月 日

日光市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号 ー

(※助成対象者が未成年の場合、申請者は保護者となります)

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	年 月 日 (満 歳 月)	申 請 理 由	生活保護
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.	・ ・	