

様式第4号（第10条関係）

日光市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

電話番号 —

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 か月)	申 請 理 由	生活保護
接種希望医療機関名			予 防 接 種 名	高齢者等 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.	・ ・	