

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 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	
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	申 請 理 由	生活保護世帯
接種希望医療機関名			予防接種名	高齢者インフルエンザ

※ 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.	・ ・	