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

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 | 生活保護世帯 |
| 接種希望医療機関名 | 　 | 予防接種名 | （該当する方に〇）・インフルエンザ・新型コロナウイルス |

※　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. | ・　　・ | 　 |