

様式第1号

予防接種費補助対象者認定申請書

令和 年 月 日

南知多町長 様

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
電話番号

南知多町定期予防接種費補助金交付要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

被 接 種 者 氏 名	
被 接 種 者 生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)
被 接 種 者 住 所	
予 防 接 種 名	
滞 在 地 住 所 現在町外に滞在している 場合のみ記入	
申 請 理 由	
実 施 医 療 機 関 等 名	
	電話番号 — —

※ 児童の予防接種においては、保護者の方が申請者となります。