

様式第 1 号（第 6 条関係）

豊明市予防接種費助成対象者認定申請書

令和 年 月 日

豊明市長 殿

申請者 〒
住所
氏名
電話

予防接種費に係る助成を受けたいので、豊明市予防接種費助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

なお、自己負担金の額の確定に必要な場合は、生活保護法に定める被保護者に該当するかについて市担当者が調査することに同意します。

フリガナ 被接種者氏名	☐ 申請者に同じ	申請者と の続柄	☐ 本人 ☐ その他（ ）
被接種者年月日	大正・昭和 年 月 日 （ 歳）		
被接種者住所	☐ 申請者に同じ 〒		
予防接種名 （該当箇所に✓・ご記入 ください。）	☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ インフルエンザ ☐ 新型コロナウイルス ☐ 高齢者带状疱疹 （ ☐ ビケン ・ ☐ シングリックス ☐ 1回目・ ☐ 2回目 ） 今回接種が2回目の場合、 前回接種（ 年 月 日）前回ワクチン名（ ） ☐ 風しん第5期 （令和7年3月31日までに実施した抗体検査結果（風しんへの抗体が無いもの）をご用意ください。接種時必要となります。結果票が無い場合は 健康 推進課へご相談ください。）		
☐ 滞在先住所 （もしくは病院・施設名 など） ※書類送付先とされ る場合✓して下さい	〒 （ 様方） 電話（ ） —		
滞在期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日		
申請理由 （該当する□に✓をご 記入ください。）	☐ 市外の医療機関に入院している場合 ☐ 特殊な疾病等で市内の医療機関で接種ができない場合 ☐ 介護老人保健施設等へ入所している場合 ☐ その他（ ）		
実施医療機関	名称 住所 〒 電話		

<添付書類>書類送付先が滞在先住所となる場合、被接種者の本人確認書類を添付して下さい。