

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	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	申請者と の続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他（ ）
被接種者生年月日	大正・昭和 年 月 日 （ 歳）		
被接種者住所	〒 豊明市		
予防接種名 （該当する□に✓を ご記入ください。）	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者新型コロナウイルス		
滞在先住所 （もしくは病院名・ 施設名）	〒 （ 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。）	<input type="checkbox"/> 市外の医療機関に入院している場合 <input type="checkbox"/> 特殊な疾病等で市内の医療機関で接種ができない場合 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設等へ入所している場合 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
実施医療機関	名称 住所 〒 電話		

