

様式第1 (第3条関係)

大口町指定外予防接種費助成金交付申請書

年 月 日

大口町長 様

(申請者) 住 所

氏 名

被接種者との続柄

電話番号

下記のとおり予防接種を受けたいので、予防接種費用の助成を申請します。

記

予防接種名		RSウイルス感染症
被接種者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
受診する 医療機関	所在地 名 称 電話番号	
上記医療機関で接種を 希望する理由		