

下仁田町インフルエンザ任意予防接種費用助成交付申請書

年 月 日

下仁田町長 様

申請者

住 所 下仁田町大字

氏 名

続 柄

電話番号

インフルエンザ任意予防接種費用の助成を受けたいので、下仁田町インフルエンザ任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

被 接 種 者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
	住 所	下仁田町大字			
	出産予定日	年 月 日			
今季のインフルエンザの罹患		有 ・ 無			
今季のインフルエンザ予防接種歴		有 ・ 無			
接種予定医療機関					

※町処理欄

■対象条件確認（母子健康手帳、妊娠届出等）

■予診票交付 月 日 [処理者]