

様式第1号（第5条関係）

下仁田町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

下仁田町長 様

申請者 住所 下仁田町大字  
(保護者) 氏名 ⑩  
電話 (続柄)

おたふくかぜ予防接種費用の助成を受けたいので、下仁田町おたふくかぜ予防接種事業実施要綱第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	平成 年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
	住所	下仁田町大字		
	電話			
接種医療機関				

ふりがな			
保護者氏名	続柄 ( )		
生年月日	年 月 日生		

※ この申請書には、次の書類を添付して下さい。

- (1) 母子健康手帳（予防接種の記録）の写し

※町処理欄

■予診票交付 月 日 [処理者 ]