

年 月 日

白浜町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

定期外予防接種費用助成金支給申請書兼請求書

定期外予防接種費用の助成を受けたいので、白浜町定期外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、次のとおり申請します。

記

対 象 者 (被接種者)	住 所	☐ 申請者と同じ 白浜町				
	(フリガナ) 氏 名	申請者と続柄 ()				
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)				
	性 別	☐ 男 ☐ 女				
予防接種の種類	☐ 三種混合	☐ 不活化 ポリオ	☐ おたふく 1 回目	☐ おたふく 2 回目	☐ 小児インフ ルエンザ	
接種医療機関名						
接種金額(自己負担額を除いた額)	円	円	円	円	円	
支給申請額 (合計)	円					