（第１号様式）　インフルエンザ予防接種費用負担に係る助成金申請書

被接種者の住所	指宿市	
被接種者の氏名		
生年月日	明　・　大　・　昭　・　平　　年　　月　　日生	
（該当欄に○）	接　種　対　象　者　の　区　分	
	①	65歳以上
	②	60歳から65歳未満の慢性高度心・肺・腎機能・免疫機能等不全者
	③	①及び②に該当しない生後６か月以上の者
	④	①及び②に該当する生活保護受給者
受託医療機関名		
受託医療機関への支払額（接種費用負担額）　　円		

上記のとおり，申請します。

平成　　年　　月　　日

被接種者（または保護者等）

住所：指宿市

氏名：　　㊞

指宿市長　殿　　電話番号：

※印は，記入しないでください。

※被接種者が生活保護受給者であるか確認（上記対象者④該当）	該　当　・　非　該　当				
※予防接種法施行規則第２条の２に該当する者（上記対象者②該当）	該　当　・　非　該　当				
※接種費用負担助成額	円				
※平成　　年　　月　　日　支給決定	課長	参事	文書取扱責任者	係長	係
備考					