

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
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">被接種者(または保護者等)</p> <p style="text-align: center;">住所：指宿市</p> <p style="text-align: center;">氏名：</p> <p>指宿市長 様 電話番号：</p>					

※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				
※ 年 月 日 支給決定	課長	参事	文書取扱 責任者	係長	係
備考					