

様式第 1 号

愛別町特別の理由による任意の予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

愛別町長 様

住 所  
申請者 氏 名 ⑩  
電話番号

次のとおり特別の理由による任意の予防接種費用助成対象の認定申請を行います。

接種 対象 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一
予 防 接 種	種類及び回数	※複数回接種を行う場合は回数まで記載
	接種予定時期	※上記予防接種の中で始めに接種予定の予防接種の時期
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	電話番号

添付書類

- ・愛別町特別の理由による任意の予防接種に関する意見書（様式第 2 号）
- ・母子健康手帳（特別の理由が生じる以前の定期の予防接種の履歴が確認できるもの）等の予防接種歴が確認できるものの写し