

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

甘楽町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成金交付申請書

甘 楽 町 長 様

申請者（窓口に来た方）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

続柄（申請者が本人以外の場合） \_\_\_\_\_

肺炎球菌ワクチン予防接種費用の助成を受けたいので、甘楽町肺炎球菌ワクチン予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

対象者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （満 歳）		
	住 所	甘楽町大字		
	電 話		肺炎球菌ワクチン接種歴	ある ・ ない
接種予定医療機関名				