

様式第 1 号（第 5 条関係）

甘楽町インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

甘楽町長 様

申請者 住所 甘楽町大字
(保護者)

氏名

電話 (対象者との続柄)

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、甘楽町インフルエンザ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	①	ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	H ・ R 年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
	②	ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	H ・ R 年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
	③	ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	H ・ R 年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
	④	ふりがな				
		氏 名				
		生年月日	H ・ R 年 月 日 (満 歳)	性別	男 ・ 女	
住 所		☐ 申請者と同じ	甘楽町大字			
接種医療機関						