

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7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

接種 対 象 者	①	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	H ・ R	年	月	日 (満 歳)	性別
	②	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	H ・ R	年	月	日 (満 歳)	性別
	③	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	H ・ R	年	月	日 (満 歳)	性別
	④	ふりがな					
		氏 名					
		生年月日	H ・ R	年	月	日 (満 歳)	性別
住 所		☐ 申請者と同じ	甘楽町大字				
接種医療機関							