

様式第1号（第5条関係）

枝幸町子育て支援予防接種助成申請書

年 月 日

枝幸町長 様

申請者 住 所 枝幸町
氏 名 ⑩
乳幼児との関係（ ）
電話番号

枝幸町子育て支援予防接種助成事業実施規則（平成27年規則第18号）第5条の規定により次のとおり予防接種費用の助成を申請します。

なお、助成に関し審査するため、必要とする対象乳幼児及びその保護者等に関する枝幸町が保有する住民登録情報などの公簿等の確認を行うことに同意します。

助成対象乳幼児氏名	(フリガナ)	性別	男 ・ 女	
生 年 月 日	年 月 日生	年齢	満 歳 ヶ月	
保 護 者 氏 名		乳幼児との続柄		接種済み回数
生 年 月 日	年 月 日生			
申請する 予防接種及び 予定接種回数	ロタリックス（1価）		回	/2
	ロタテック（5価）		回	/3
	B型肝炎		回	/3
	インフルエンザ		回	/2
	おたふくかぜ		回	/2
接種医療機関	枝幸町国民健康保険病院			
注 意 事 項	1. 交付されたクーポン券を他の者に譲渡しないこと。 2. クーポン券の有効期間は、交付日から1年であること。			

※ 太枠内に記入して下さい。

※ この申請及び予防接種時には、母子健康手帳を必ず持参してください。

◎ 助成の決定事項（次の欄には何も記入しないでください。）

上記の申請を審査した結果、次のとおり決定する。

助成の決定	決定 ・ 却下	課長	参事	副主幹	担当
クーポン券交付年月日	年 月 日				

年齢 母子健康手帳 接種済み回数 (保健予防G)