

第1号様式（第8条関係）

【 記入例 】

大府市予防接種費補助対象者認定申請書

日付は空欄でお願い
します。

年 月 日

申請者 住 所 大府市江端町四丁目2番地

おぶちゃんマンション1棟101号

(請求者) 氏 名 大府花子

電話番号 0562-47-8000

申請者の口座に償還します。

被接種者が乳幼児・児童の場合は保
護者の名前を記入してください。

大府市予防接種費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、次のとおり申請します。

被接種者氏名	大府太郎
被接種者生年月日	令和〇年〇月〇日（〇歳〇か月）
被接種者住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ
	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地（〇〇様）
予 防 接 種 名	ロタリックス①②（ロタはロタリックスとロタテックの2種類あります。接種される種類を記入してください。） ヒブ①②、肺炎球菌①②、B型肝炎①②、5種混合①②
滞 在 地 住 所 <small>現在市外に滞在している場合のみ記入</small>	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地（〇〇様方）
書類送付先住所	<input type="checkbox"/> 申請者の住所と同じ <input type="checkbox"/> 被接種者住所と同じ
	<input type="checkbox"/> 滞在地住所と同じ 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇区〇〇町〇丁目〇番地（〇〇様方）
申 請 理 由	里帰りのため
実施医療機関等名	おぶたろう総合病院 西分院
	電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇

接種するワクチン名と
何回目の接種かをご記
入ください。