

受付番号 _____

益子町任意予防接種費用助成申請書(小児用)

年 月 日

益子町長 様

下記の子予防接種を希望しますので、接種費用の助成を申請します。

記

【接種を希望する予防接種の種類】 ※希望するものに○印

() おたふくかぜ予防接種

() その他の予防接種 (_____)

【申請者(保護者)】

自治会名

住 所 _____ (_____)

氏 名 _____ 電話番号 _____

【接種対象者(接種を受ける方)】

ふりがな
氏 名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳 カ月)