

様式第 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

大山崎町 B 類疾病定期予防接種実施申請書

大 山 崎 町 長 様

申請者氏名

住 所

電話番号

大山崎町定期予防接種費用助成金の交付を受けたいので、大山崎町 B 類疾病の定期予防接種費用助成実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名 生年月日 住 所
滞 在 先 (住所地以外に滞 在している場合)	名 称 住 所 電話番号
接種予定医療機関	名 称 住 所 電 話 番 号
申 請 理 由	
予防接種の種類	