

様式第1号（第3条関係）

年 月 日

桜川市長 様

申請者 住所 _____
氏名 _____ 続柄 ()
電話 _____

任意予防接種費用助成金交付申請書

次の者が、下記医療機関で予防接種を受けたいので申請します。

接種対象者氏名	男 女	生年月日	
接種対象者住所	茨城県桜川市		
保護者氏名		電話番号	
入院・滞在先住所		電話番号	
希望する医療機関名		電話番号	
希望する予防接種			
住所外で接種を希望する理由	1 母親が出産等で長期に渡り里帰りする場合 2 入院又は入所している場合 〈入院等が分かる書類〉 3 主治医等の指示による場合 〈指示が分かる書類〉 (現在治療中の疾患名 :) 4 離婚調停中等の理由で他市町村に事実上居住している場合 5 かかりつけ医であるため 6 その他 (理由 :)		
※該当する番号に○を付けてください。			