

様式第1号 (第5条関係)

坂町おたふくかぜ任意予防接種費用助成券交付申請書

令和 年 月 日

坂 町 長 様

申請者（保護者）

住 所 坂町 丁目 番 号

氏 名

おたふくかぜ任意予防接種助成券の交付を次のとおり申請します。

被 接 種 者					
住 所	坂町 丁目 番 号				
ふりがな 氏 名			生年月日		年 月 日 (歳)

【事務処理欄】

受付印	確認内容	審査結果
	☐ 対象年齢（１歳から就学前の幼児）	☐ 対象 ☐ 対象外
	☐ 住民登録あり	
	☐ 過去２回の接種歴なし・助成歴なし	
	おたふくかぜワクチン助成券交付日 令和 年 月 日	

助成券交付 No. _____

取扱

確認