

様式第3号の2（第5条関係）

みなかみ町肺炎球菌予防接種費用助成金交付申請書

年 月 日

みなかみ町長 様

申請者

住 所

ふりがな

氏 名

被接種者との関係

私は、肺炎球菌予防接種を受けたいのでみなかみ町肺炎球菌予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

*次の2項目をご覧いただき承諾いただければ□に✓をご記入ください。

- 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳による世帯状況、予防接種歴等について町が調査すること。
- 当該助成金の交付決定を受けたときは、当該助成金を予防接種費用として、町が実施医療機関に対し支払を行うこと。

●被接種者（申請者と同じ場合は※の記入は不要です）

| | | | |
|---------|--|--------------|-------|
| 住 所 ※ | みなかみ町 | | |
| ふりがな ※ | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 氏 名 ※ | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | — |
| 接種予定日 | 年 月 日 | 接種予定 医療機関 | |
| 接種希望理由等 | *次の3項目をご覧いただき該当箇所の□に✓をご記入ください。 <input type="checkbox"/> 過去にこの予防接種を受けていないため <input type="checkbox"/> 過去にこの予防接種を全額自己負担で接種しているため（定期該当年齢） <input type="checkbox"/> 過去にこの予防接種を全額自己負担で接種しているため（定期該当年齢外） | | |
| 備 考 | | | |