

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 _____

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6条の規定により、下記のとおり申請します。

記

●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	大正 昭和 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	<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			