

別記

様式第1号（第6条関係）

No. \_\_\_\_\_ 号

御宿町肺炎球菌予防接種費用助成申請書

年 月 日

（あて先）

御宿町長

（申請者） 住所

氏名

㊟

下記のとおり、肺炎球菌予防接種費用の助成を受けたいので、御宿町肺炎球菌予防接種費用の助成に関する要綱第6条の規定により申請します。

記

（ふりがな）		生年月日	年 月 日 （ 歳）
被接種者氏名			
性 別	男 ・ 女		
住 所			
電 話 番 号			
予防接種実施 予定医療機関	医療機関名		
	所 在 地		

（注） 1 申請者は、本町に居住し、かつ、本町の住民基本台帳又は外国人登録原票に記載又は登録されている65歳以上の者であること。

2 申請者は、御宿町肺炎球菌予防接種費用の助成に関する要綱に基づく助成を受けたことがない者であること。