

B類疾病愛知県広域予防接種申請書

年 月 日

犬山市長様

申請者 住所

氏名

続柄 ()

電話番号

このことについては、下記の者が予防接種法に基づく予防接種を下記の医療機関で受けたいため申請します。

記

医療機関名	
住所	
予防接種名	高齢者用肺炎球菌ワクチン インフルエンザワクチン
フリガナ 接種者名	(□申請者と同じ)
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)
依頼する理由	

(該当者のみ) B類疾病愛知県広域予防接種費用助成申請書

助成申請理由 (以下の該当する項目の□の中にレ点をつけてください。)

- 生活保護法の規定による被保護者に該当するため
- 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の規定による支援給付を受けている者に該当するため
- 市民税非課税世帯に属する者に該当するため

同意書

B類疾病愛知県広域予防接種費用助成事業の上記のいずれかに該当していることを確認するため、接種者及びその世帯の課税状況等を確認することに同意します。

被接種者氏名 _____

代筆者 氏名 _____ (続柄)