第１号様式

No.

平成　　年　　月　　日

日野市新型インフルエンザ予防接種助成申請書

（あて先）日　野　市　長

申請者住所　日野市

氏　　名　　㊞

下記により、新型インフルエンザ予防接種の助成を申請いたします。
なお、交付決定された場合には、助成金の受け取りを接種医療機関に委任します。
また、認定審査に関して、私の世帯の課税状況、住民情報等について調査することに同意します。

接種者氏名		生年月日	M・T S・H　　年　　月　　日
住　　所	日野市 電話		

＊接種対象者区分（下記の該当項目に〇をつけてください）

妊婦	基礎疾患	１歳から６歳	小学生	１歳未満の保護者等	中・高校生	65 歳以上	左記以外の方