様式第３号（第６条関係）

日南町定期予防接種費用助成金申請書

　次のとおり日南町定期予防接種費用助成金を申請します。

　　年　　月　　日

日南町長　様

　　（申請者）

住　所　　日南町

　　　　　　氏　名

（接種者との続柄：　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種者 | 住所 | 日南町 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） |
| 予防接種 | 予防接種の種類 |  |
| 接種年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 実施医療機関名 |  |
| 実費負担額 | 円 |
|  | | |
| 助成申請額 | | 円 |