

西尾市おたふくかぜワクチン任意接種費助成申請書（1歳児用）

年 月 日

（宛先）西尾市長

次のとおり、おたふくかぜワクチン任意接種費の助成を申請します。

なお、おたふくかぜワクチン任意接種費助成に係る事務を行うにあたり、住民基本台帳等を閲覧することに同意します。

太枠内をご記入ください。

申請者 (保護者)	氏 名			
	住 所			
	電 話			
被接種者 (予防接種を 受ける人)	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	(歳 か月)		
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者と異なる 西尾市		
種 類	対 象 者	助 成 額※	回 数	
おたふくかぜワクチン	1歳児	2,000円	1回	

※ 助成額は、医療機関の窓口で接種費用から差し引かれます。

（医療機関記入欄）

実施医療機関名	
医 師 名	
接 種 年 月 日	
Lot No.	