

様式第 1 号 (第 7 条関係)

松川町県外予防接種費補助対象者認定申請書

年 月 日

松 川 町 長

申請者 住 所
(請求者) 氏 名
電話番号

松川町県外予防接種費補助金交付要綱第 7 条の規定に基づき、次のとおり申請します。

被接種者氏名	
被接種者生年月日	年 月 日 (歳 か月)
被接種者住所	
予防接種名	
滞在先等住所	
申請理由	
滞在期間	年 月 日 から 年 月 日
実施医療機関等名	
	電話番号 — —
依頼書送付先	1 申請者に同じ 2 被接種者住所に同じ 3 滞在先住所に同じ 4 その他 ()