

様式第 2 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

住 所  
申請者 (施設等名)  
氏 名  
(施設等の場合、職・氏名を明記)

別紙接種希望者の インフルエンザ・高齢者肺炎球菌 予防接種費用の補助を受けたいので、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。

滞在先等住所	
申請理由	
実施医療機関等名	
	電話番号 — —

※ 申請者\_\_\_\_\_は、別紙接種希望者から、別添委任状により松川町県外予防接種費補助金の対象者認定申請、交付申請、請求及び受領に関する権限を受任しております。

(表面)

