

様式第1号（第5条関係）

甘楽町インフルエンザ予防接種費用助成金交付申請書

令和4年 月 日

甘楽町長 様

申請者 住所 甘楽町大字

(保護者)

氏名

電話 (対象者との続柄)

インフルエンザ予防接種費用の助成を受けたいので、甘楽町インフルエンザ予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

対象者	①	ふりがな					
		氏名					
		生年月日	H・R	年	月	日(満歳)	性別
	②	ふりがな					
		氏名					
		生年月日	H・R	年	月	日(満歳)	性別
	③	ふりがな					
		氏名					
		生年月日	H・R	年	月	日(満歳)	性別
	④	ふりがな					
		氏名					
		生年月日	H・R	年	月	日(満歳)	性別
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	甘楽町大字					
接種医療機関							