

様式第1号

定期予防接種費用助成申請書

令和 年 月 日

山都町長（宛）

申請者 住所

(保護者) 氏名 ①

連絡先

下記のとおり、関係書類を添えて定期予防接種費の助成を申請します。

助成申請額 _____ 円

被接種者氏名 (接種を受けた人)	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
被接種者住所	山都町