様式第１号（第７条関係・償還払方式）

　　　　年　　月　　日

椎葉村長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　椎葉村大字

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

椎葉村新型インフルエンザワクチン接種費用負担軽減事業補助金交付申請書

椎葉村新型インフルエンザワクチン接種費用負担軽減事業実施要綱第７条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

なお、この申請の審査のため必要があるときは、申請内容を住民基本台帳等の公簿により確認されることに同意します。

記

１　申請内容（ワクチン接種の内容）

（１）被接種者の氏名等

　　　　氏名

　　　　申請者との関係

（２）接種年月日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１回 | 年　　月　　日 | 第２回 | 年　　月　　日 |

（３）接種対象者区分

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 区　　分 | 記入欄 | № | 区　　分 | 記入欄 |
| １ | 妊婦 |  | ５ | 小学校４年生～６年生、中学生、高校生 |  |
| ２ | 基礎疾患を有する者 |  | ６ | ６５歳以上 |  |
| ３ | １歳～小学校３年生の小児 |  | ８ | 健康成人 |  |
| ４ | １歳未満の小児の保護者等 |  | ９ | １歳未満の小児 |  |

※該当する区分の記入欄に「○」をつけてください。

（３）接種費用

　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

２　接種を受けた医療機関

（１）名　　称

（２）所 在 地

（３）代表者名

（注）自署の場合は押印を省略することができます