

任意予防接種費用助成申請書及び委任状

令和 年 月 日

志 賀 町 長 様

(申請者)

住 所 志賀町
氏 名
連絡先

志賀町任意予防接種費用の助成を受けたいので申請します。
なお、この助成金の請求・受領については医療機関に委任します。

被 接 種 者	住 所	*申請者と同じ場合は記入不要 志賀町
	フリガナ 氏 名	
	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
	予防接種名	・おたふくかぜワクチン
保護者氏名		*申請者と同じ場合は記入不要 被接種者との続柄 ()
発 行 日		備考