

魚沼市任意予防接種費用助成申込書（助成券の交付）

年 月 日

魚沼市長 様
(健康増進課)

申請者(保護者)

住 所 魚沼市

氏 名

印

(自署の場合は印省略可)

(被接種者からみた続柄:)

電話番号 - -

※電話番号は必ず記入してください。

おたふくかぜ任意予防接種費用の助成を受けたいので、魚沼市任意予防接種費用助成実施要綱第6条第1項の規定に基づき、次のとおり助成券の交付を申し込みます。

予防接種を受ける人(子ども)

氏 名 (ふりがな)	()
生年月日(年齢)	年 月 日(満 歳 か月)
予 防 接 種 の 種 類 (どちらかに☑をつけてください。)	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
接 種 予 定 医 療 機 関 (いずれかに☑をつけてください。)	<input type="checkbox"/> 市立小出病院 <input type="checkbox"/> うおぬま小児クリニック <input type="checkbox"/> 庭山医院 <input type="checkbox"/> 魚沼基幹病院 <input type="checkbox"/> 未 定
接 種 年 月 日	<input type="checkbox"/> 予約済 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未 定

.....以下の欄は記入しないでください。(市使用欄).....

上記の申請について、以下のとおり決定してよろしいか伺います。

伺	決 定 内 容	(受 付)
決 裁	<input type="checkbox"/> 交付する 交付番号 _____ <input type="checkbox"/> 交付しない 理由 _____	
課長 係長 係		