

様式第1号（第4条関係）

三木市インフルエンザ予防接種助成券申請書

令和 年 月 日

三木市長 様

申請者住所 三木市

氏 名

接種者との関係()

電話番号()

三木市インフルエンザ予防接種費助成要綱第4条第1項の規定により助成券を次のとおり申請します。

なお、予防接種後に医療機関から助成券とともに予診票が三木市に提出されることを承諾します。

住 所	〒673- 三木市		
フリガナ 被接種者 の氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
身体障害者手帳 (番号等)		1 腎臓機能障害 2 呼吸器機能障害 3 免疫機能障害 4 心臓機能障害	
接種予定	医療機関名	接種予定日 1回目 月 日 2回目 月 日	
備 考			