

様式第1号(第4条関係)

三木市肺炎球菌予防接種無料券申請書

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()

三木市肺炎球菌予防接種費助成要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

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)	第 号	1 心臓機能障害 2 じん臓機能障害 3 呼吸器機能障害 4 ヒト免疫不全ウイルスによる 免疫機能障害	
接種を希望する 医療機関名	(医療機関名) (所在位置)		
備 考			