

阿南市長 宛て

県外における定期予防接種費用助成申請書

下記のとおり、県外医療機関での定期接種を希望しますので、阿南市定期予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、その費用の助成を申請します。

記

1 申請をする理由 (該当する理由に○を してください。)	(1) 里帰り出産、長期入院等の理由で、県外に長期にわたり滞在をするため (2) その他 ()
2 定期接種を受け る妊婦又は子ども の氏名及び生年月 日	ふりがな 年 月 日生
3 定期接種を受け る妊婦又は子ども の住民登録のある 住所	(〒 -)
4 保護者の氏名 (子どもが接種する 場合)	ふりがな
5 滞在先の住所	(〒 -) 世帯主名 電話番号
6 希望する定期接 種の種類	

※ 枠内を記入後、阿南市保健センター担当予防衛生係までご提出ください（郵送可）。

〒774-0045 阿南市宝田町荒井6番地1

阿南市保健センター

担当 予防衛生係

連絡先 0884-22-1590