

様式第1号(第5条関係)

横瀬町子宮頸がん予防ワクチン接種費助成金申請書

年 月 日

横瀬町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名 印
電話

次のとおりワクチン接種費の助成金を申請します。

1 被接種者

(1) 住所

(2) 氏名

(3) 生年月日 年 月 日

2 接種予定医機関名

3 助成金申請額 円

4 今回申請するワクチン接種の内容

子宮頸がん予防ワクチン接種 1回目・2回目・3回目