

<公費負担申請者一覧>

申請日：令和 年 月 日

申請代行者： (施設名)

受取予定者：□同上 ・

太枠内ご記入ください。

	対象者(本人)氏名	生年月日	種類			該当	非該当	書類不備
1			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
2			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
3			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
4			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
5			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
6			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
7			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
8			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
9			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
10			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
11			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
12			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
13			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
14			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
15			インフル	コロナ	带状疱疹(生・組換)			未申告 ・ その他
			枚	枚	枚	枚	枚	枚

郵送の場合返信用封筒(A4が入る)を添付してください。(15件につき1封筒)

----- 保健センター記入 -----

受付日	令和 年 月 日
受付者	
返却予定日 (受付の3営業日後)	令和 年 月 日
返却者	

<受付者確認事項>

□枚数確認 □記入もれ確認

□公費負担申請者一覧のコピーを1枚とる

(処理終了後申請書と一緒に綴じる。)