

<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			公費負担 の理由	医療機関	該当	非該当	備考欄
1			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
2			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
3			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
4			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
5			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
6			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
7			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
8			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
9			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
10			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
11			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
12			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
13			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
14			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
15			インフル エンザ	コロナ	带状疱疹 (生・組換)	生保 非課税				
			枚	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 -----

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。)