

記入見本

公害健康被害者インフルエンザ 予防接種費用助成金交付申請書

接種日以降の日付を
記入してください。

えんぴつや消えるボールペンでは
記入しないで下さい。

令和6年 10月 20日

公害健康被害者	公害医療手帳の認定番号	横浜	—	8	8	8	8
	ふりがな	よこはま やすこ					
	氏名	横濱 保子		生年月日	大正 昭和	12年 3月 4日	
	住所	〒231-0005 横浜市本町 横濱 港町6-50-10					
	電話番号	045-671-3824					
申請額	¥2,300 円						

訂正する場合は、二重線を引いた上に
訂正印を押してください。
修正液やシャチハタは使わないで下さい。

金額の訂正はできません。

金額を間違えた場合は、新しい
用紙に書き直してください。

申請者	公害健康被害者との関係	本人・その他 ()
		申請者が本人の場合、下は記入不要です。
	氏名	
	住所	〒

申請者が公害健康被害者本人の
場合は「本人」に丸をつけてく
ださい。

その下の氏名・住所・電話番号
の記入は不要です。

申請者が本人以外の場合（例:長男/長女/施設
職員など）は「その他」に丸をつけ () 内に
続柄をご記入ください。

申請者の氏名・住所・電話番号もご記入くださ
い。申請書等の不備等があった場合にご連絡す
ることがあります。

※ 処理欄