

## 予 防 接 種 助 成 費 交 付 申 請 書

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

長崎県立大学佐世保校後援会 会長 様

学 科 \_\_\_\_\_  
学籍番号 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_  
携帯番号 \_\_\_\_\_

私は、令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日に下記医療機関において、予防接種を受けましたので、予防接種助成費を交付くださるよう申請いたします。

### 記

1. 医療機関名 : \_\_\_\_\_
2. 予防接種名 : \_\_\_\_\_
3. 添付書類 : 領収証 (コピーでも可)  
※ 領収証は裏面に貼ってください