

<公費負担申請者一覧>

申請日：平成 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
			インフル	肺炎			
1			インフル	肺炎			・未申告・その他
2			インフル	肺炎			・未申告・その他
3			インフル	肺炎			・未申告・その他
4			インフル	肺炎			・未申告・その他
5			インフル	肺炎			・未申告・その他
6			インフル	肺炎			・未申告・その他
7			インフル	肺炎			・未申告・その他
8			インフル	肺炎			・未申告・その他
9			インフル	肺炎			・未申告・その他
10			インフル	肺炎			・未申告・その他
11			インフル	肺炎			・未申告・その他
12			インフル	肺炎			・未申告・その他
13			インフル	肺炎			・未申告・その他
14			インフル	肺炎			・未申告・その他
15			インフル	肺炎			・未申告・その他
			枚	枚	枚	枚	枚

返却用封筒（A4が入る）を添付してください。（15件につき1封筒）

----- 保健センター記入欄 -----

受付日	平成 年 月 日
受付者	

返却予定日 (受付の3営業日後)	平成 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1枚とる  
(処理終了後申請書と一緒に綴じる。)