

様式第1号（第6条関係）

坂祝町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

坂祝町長 様

申請者 住所 坂祝町

氏名 印

電話

被接種者との関係（ ）

坂祝町特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第6条の規定に基づき、次のとおり申請します。

記

| | | | |
|--------------|------------------|----|----------|
| 再接種する予防接種の種類 | | | |
| フリガナ | | 生年 | 年 月 日 |
| 被接種者氏名 | | 月日 | (満 歳 カ月) |
| 接種医療機関 | 医療機関所在地 医療機関名 | | |
| 申請理由 | | | |

添付書類

- (1) 特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できるものの写し