

※ **申請者**と請求の際の様式第7 **請求者・口座名義人の3か所は、同一人**で記入してください。  
 ※電話番号は、**日中つながりやすい番号**を記入してください。

受付番号 \_\_\_\_\_

稲沢市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付申請書

〇〇年〇月〇日

稲沢市長 殿

申請者 (保護者)  
 住 所 稲沢市 **稲沢町前田365-16**

氏 名 **稲沢 太郎**

電話番号 **〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇**

**日中つながりやすい番号をご記入ください。**

稲沢市特別の理由による任意予防接種費用補助金交付要綱第5条の規定に基づき、予防接種を受けたいので申請します。

なお、予防接種等について下記の被接種者に関する必要な情報（疾病の状況等）があるときは、稲沢市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

記

被接種者	住 所	〒492 -8217 稲沢市 <b>稲沢町前田365-16</b>		
	ふりがな	<b>いなざわ はなこ</b>		性別 男・ <b>女</b>
	氏 名	<b>稲沢 花子</b>		
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日 (満 〇歳〇か月)		
医療機関所在地 接種医療機関名	医療機関所在地 〇〇市〇〇町〇番-〇	医療機関名 〇〇病院		
再接種する予防接種の種類	今年度接種する予防接種名と回数を記入する。 (例) <b>日本脳炎</b> 回 <b>肺炎球菌</b> 回 <b>ヒブ</b> 回			
備 考	※ <b>医療機関の変更はできません。</b> 申請は年度ごとに必要です。同じ予防接種を次年度以降も接種する場合は、ご相談ください。			

添付書類

- 特別の理由による任意予防接種費用補助に関する理由書（様式第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