

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

年 月 日

稲沢市長 殿

申請者 (保護者)

住 所 稲沢市

氏 名

電話番号 _____

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	〒 _____ 稲沢市		
	ふりがな			性別 男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
医療機関所在地 接種医療機関名	医療機関所在地 医療機関名			
再接種する予防接種 の種類				
備 考				

添付書類

- (1) 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)
- (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