

年 月 日

日の出町予防接種再接種費助成対象認定申請書

日の出町長 あて

申請者 住所
(保護者) 氏名
電話番号

日の出町予防接種再接種費助成金交付要綱第4条の規定により、再度の予防接種を受けたいので、下記のとおり認定を申請します。

なお、申請に基づく認定の決定にあたり、確認等が必要な場合は、日の出町が意見書の提出のあった医療機関に問い合わせ等を行うことに同意します。

記

被接種者	氏名	ふりがな
	生年月日	年 月 日
	住所	(申請者と異なる場合のみ記入)
予防接種の種類		
医療機関	名称	
	所在地	

添付書類

- 日の出町予防接種再接種費助成に関する医師の意見書（様式第2号）
- 要因となる医療行為以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し