

様式第 1 （第 5 条関係）

高浜市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定申請書

（宛先）高浜市長

高浜市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第 2 条に規定する助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第 5 条の規定により下記のとおり申請します。

記

		* 太枠内をご記入ください。		年 月 日	
申 請 者	氏 名	接種対象者との続柄（ ）			
	現住所	〒 高浜市 町 電話（ ） —			
接種対象者 (予防接種を受ける人)	氏 名		生年 月 日	年 月 日	
	現住所	※申請者と異なる場合のみご記入ください。 〒			
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印			
	接種する予防接種の種類				
備 考					

添付書類 接種対象者に係る母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髄移植手術その他の治療が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し