

糸魚川市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

糸魚川市長 様

申請者
住 所
氏 名
電話番号

私は、糸魚川市特別の理由による任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、糸魚川市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり助成対象の認定を申請します。

接種対象者	住 所	※申請者と同一の場合は、記入する必要はありません。 糸魚川市		
	フリガナ 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
予防接種	種 類			
	接種予定日			
接種医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			

備考 申請書に次の書類を添付して提出してください。

- (1) 糸魚川市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