

様式第2号（第5条関係）
（用紙 日本産業規格A4縦型）

予防接種健康被害救済措置申請書

令和 年 月 日

菊川市長 あて

申請者 住 所
氏 名

次により、予防接種健康被害救済措置を受けたいので申請します。

健康被害者	住 所		電話番号	()
	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	健康被害の原因となった予防接種名等	予防接種名 接種年月日 令和 年 月 日 接種場所 接種医師名		
保護者	住 所		電話番号	()
	氏 名		健康被害者との続柄	

※ 申請者欄は、健康被害者本人又は保護者が記入してください。