

様式第 1 号（第 6 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

菊川市特別の理由による任意予防接種費助成対象認定申請書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

次のとおり、菊川市特別の理由による任意予防接種費助成要綱第 6 条の規定に基づき、助成金の対象となるための認定を受けたいので申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、菊川市長が、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。

接種 対象 者	住 所	〒		
	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年 月 日	
支 給 対 象 者	現 在 連 絡 先	〒 (電話番号：)		
	ふりがな		被接種者 との続柄	
	氏 名			
予 防 接 種	種 類			
	接 種 予 定 日			
実 施 予 定 の 医 療 機 関 等		電話番号 ()		

添付書類

- 1 菊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 母子健康手帳等(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に限る。)の写し