

様式第 1 号（第 6 条関係）

胎内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

（あて先）胎内市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

（保護者）氏名（自署） \_\_\_\_\_

胎内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 条の規定に基づき、助成金の助成の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

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、胎内市長が、その情報に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     | 胎内市           |
|           | 氏 名     | フリガナ          |
|           |         |               |
|           | 生年月日    | 年 月 日（満 歳 か月） |
| 保 護 者 氏 名 |         | 接種対象者との続柄（ ）  |
| 連絡先電話番号   |         |               |
| 予防接種      | 種 類     |               |
|           | 接種予定日   |               |
| 接種医療機関    | 所 在 地   |               |
|           | 名 称     |               |
|           | 電 話 番 号 |               |
| 通知書類送付先   |         | 1 現住所         |
|           |         | 2 滞在先住所       |

添付書類

- （１） 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医師の理由書
- （２） 母子健康手帳（骨髄移植手術等を行う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