

小牧市長 様

申請者

住 所

氏 名

印

被接種者との続柄 ()

電 話 (自宅・携帯:)

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種実施申請書

長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったことにより、定期予防接種を受けることができませんでしたが、病状が快復し、別紙のとおり、主治医の許可が得られたため、予防接種法施行令第1条の2第2項の規定に基づき、定期予防接種の実施について申請します。

被接種者	住 所	小牧市		
	(ふりがな) 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)	
長期療養を必要とする 疾病名				
病気になり予防接種が できなくなった日		年 月 日	予防接種が 可能となった日	年 月 日
受けたい予防接種		種 類 : 回 数 :		
かかっている医療機関名				
医療機関から伝えられて いることなどあれば記入				
接種予定医療機関名 (※)				

下記の事項に同意の上、定期予防接種の申請をします。

- 1) 申請者が本人以外の場合は、本人との続柄を公簿等で確認することに同意します。
- 2) 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を行います。
- 3) 予防接種の接種歴について公簿等で確認することに同意します。

※接種予定医療機関が契約外医療機関の場合、『小牧市予防接種費用助成』の対象となる場合があります。