

様式第 1 (第 6 条関係)

小牧市特別な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

(宛先) 小牧市長

申請者 (保護者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

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、小牧市長が、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。

記

接 種 対 象 者	住 所	〒 _____ 小牧市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	保 護 者 氏 名	被接種者との続柄 ( )
連絡先電話番号		_____
予 防 接 種	種 類	
	最初の接種予定日	
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	

添付書類

- (1) 任意予防接種費用助成に関する理由書
- (2) 親子 (母子) 健康手帳又は骨髄移植手術その他の特別な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の写し

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。