

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

魚沼市長 様

申請者 住 所 魚沼市

氏 名
(接種対象者との続柄：)
連絡先

魚沼市特別の理由による任意予防接種費用助成交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の助成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、魚沼市長がその情報を関係医療機関に問合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	魚沼市
	氏 名	フリガナ
	生 年 月 日	平成・令和 年 月 日
予防接種	種 類	※複数回接種が必要なものは、接種回数も記入してください。
	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) 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(骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴を確認できるもの)又は当該履歴が確認できるものの写し