

様式第1号（第6条関係）

おおい町特別の理由による接種済ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

おおい町長 様

申請者（保護者）住 所
氏 名

㊟

おおい町特別の理由による接種済ワクチン再接種費用助成金支給要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給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、おおい町長が、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。

被 接 種 者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日
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	
	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) おおい町特別の理由による接種済ワクチン再接種費用助成に関する理由書
- (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