

様式第1号（第7条関係）

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

瀬戸内市長 様

助成対象者 住 所 瀬戸内市

氏 名 (続柄)

電 話

特別の理由による任意予防接種費用助成対象の認定を次のとおり申請します。

被接種者	ふりがな	
	氏 名	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住 所	瀬戸内市 電話 () -
	保護者名	(申請者が接種者本人の場合、記入不要)
再接種する予防接種の種類		
接種予定日	年 月 日	
接種希望 医療機関	医療機関名 住所 電話 () -	

【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