

年 月 日

関市長 様

住 所

氏 名

（自署又は記名・押印）

電話番号

関市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

関市特別の理由による任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、再度の予防接種を受けたいので、関係書類を添付して申請します。なお、下記の接種対象者に関し市が把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、関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当該予防接種を行う医療機関に提供することに同意します。

記

接種対象者	フリガナ 氏 名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
予防接種の種類				
医療機関	名 称			
	所 在 地			

関係書類

- （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（別記様式第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に限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し
- （3） 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類