

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

申請者

住所

氏名

（被接種者との続柄 ）

電話番号

特別な理由による予防接種の再接種費用助成対象認定申請書

下記のとおり、特別な理由による予防接種の再接種費用助成対象認定を受けたいので、鶴ヶ島市特別な理由による予防接種の再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により申請します。

なお、申請内容及び予防接種について必要な場合は、市が保有する被接種者の個人情報を見直し、関係医療機関に問い合わせることに同意します。

記

被接種者	住所	
	フリガナ 氏名	
	生年月日	年 月 日（ 歳 ヶ月）
実施医療機関	住所	
	医療機関名	
	連絡先	
再接種を希望する 予防接種		

【添付書類】

- 特別な理由による予防接種の再接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- 母子健康手帳（特別な理由が生じる以前の定期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