

砥部町長 様

申請者 住 所
氏 名
被接種者との続柄
電話番号

砥部町予防接種再接種費用助成対象認定申請書

砥部町予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の助成の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、砥部町長が、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	〒 ー 砥部町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
予防接種	種 類	
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 〒 ー

添付書類

- 1 砥部町予防接種の再接種に関する対象者該当理由書（第2号様式）
- 2 予防接種を受けた記録が分かるもの（母子健康手帳等の写し）