

行方市長 宛て

申請者 住 所
氏 名
被接種者との関係
電話番号

行方市特別の理由による任意予防接種費用助成申請書

特別の理由による任意予防接種費用の助成を受けたいので、行方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6条第1項の規定により下記のとおり申請します。

記

フリガナ		生年	年 月 日
接種を受ける方の氏名		月日	(満 歳)
接種を受ける方の住所	行方市 (電話番号)	性別	男 ・ 女
接種を受ける医療機関等			
医療機関記入欄	再接種の理由		
	再接種する予防接種の種類等		
	医療機関名 所在地 電話番号 担当医師名	印	

添付書類

- 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し