様式第１号（第６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

磐田市長

住　　所

申請者（保護者）

氏 名

磐田市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第６条の規定に基づき、助成金の支給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、磐田市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接 種 対 象 者 | 住　　　所 | 〒 |
|  |
| 氏　　　名 | フリガナ |
| （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　（満　　　歳　　　か月） |
| 保護者氏名 | | 被接種者との続柄（　　　 ） |
| 連絡先電話番号 | | － 　　　　　－ |
| 予  防  接  種 | 種類 |  |
| 接種予定日 |  |
| 接  種  医  療  機  関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 通知書類送付先 | | １　現住所 |
| ２　滞在先住所  　〒 |