

様式第1号（第6条関係）

牧之原市特別の理由による任意予防接種費助成対象認定申請書

牧之原市長

年 月 日

申請者（保護者）

住 所

氏 名

印

（接種対象者との続柄： ）

電話番号

牧之原市特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、関係書類を添えて下記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、牧之原市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	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所	(申請者と同じ場合は記入は不要です。)		
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	年 月 日 医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印		
	今回接種する予防接種の種類			
接種医療機関 (所在地、名称、医師名)	※上記医療機関と異なる場合にのみ記入			
備 考				

(添付書類) 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) の写し