

様式第1号（第4条関係）

弥富市医療行為により免疫を失った場合による定期予防接種再接種費補助対象
者認定申請書

年 月 日

（宛先）弥富市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

被接種者との関係

電話番号

弥富市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種の助成を受けたいので、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、弥富市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び予防接種実施機関に提供することに同意します。

被接種者	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 弥富市
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種を希望する 予防接種の種類		
接種医療機関名 医療機関所在地		
備 考		

【申請書に添付するもの】

- 1 弥富市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種に関する主治医意見書（第2号様式）
- 2 母子手帳又は接種を希望する予防接種の接種履歴が確認できるものの写し