

様式第1号（第5条関係）

愛西市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

（宛先）愛西市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

愛西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5条に基づき、助成対象者の認定を受けたいので申請します。

なお、認定の審査のため、住民基本台帳の閲覧並びに疾病の状況等の関係医療機関への問い合わせ及び接種医療機関への提供に同意します。

被接種者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	
	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		
医療機関所在地 接種医療機関名		
備 考		

【申請書に添付するもの】

- 1 愛西市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する主治医意見書（様式第2号）
- 2 母子健康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