

（宛先）大紀町長

（申請者）

住 所

氏 名

電話番号

（被接種者との続柄： ）

大紀町特別な理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

大紀町特別な理由による任意予防接種費用助成対象の認定について、大紀町特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、この認定に関する事務手続の処理のため、大紀町が保有する個人情報を閲覧または調査すること、および医療機関等への問い合わせや情報の提供を行うことに同意します。

記

被 接 種 者	ふりがな		生年 月日	年 月 日 ( 歳)
	氏 名			
	住 所			
申 請 理 由 ( 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	(疾病名)  (該当理由)  _____ (医師署名又は記名捺印)  _____ (医療機関所在地)  _____ (医療機関名)		
	再接種を必要と する予防接種の 種類及び 接種回数			
接種医療機関名 (上記医療機関名と 異なる場合に記入)	所在地  名 称			

関係書類

- 1 母子健康手帳等の過去に接種した定期予防接種の記録の写し