

特別の理由による予防接種費助成対象認定申請書

年 月 日

三島市長 あて

申請者 住 所
氏 名 ④

被接種者との続柄（ ）

医療行為等により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されたため、三島市特別の理由による予防接種費助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給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、三島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	フリガナ		性 別	
	氏 名			
	住 所	(申請者と同じ場合は記入不要)		
	生年月日	年	月	日 (歳 か月)
電話番号				
予防接種	ワクチン名			
	接種実施(予定)日			
接種(予定)医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電話番号			

(添付書類)・特別の理由による予防接種費助成に関する理由書(第2号様式)
・母子健康手帳の写し又は予防接種履歴が分かる書類