

第1号様式（第5条関係）

日進市特別の理由による任意予防接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

日進市長 あて

申請者 住所  
(保護者) 氏名 印  
電話番号

予防接種費に係る助成を受けたいので、日進市特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第5条の規定に基づき、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、日進市長が、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等に提供することに同意します。

記

フリガナ 被接種者氏名		申請者との 続柄	
被接種者生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)	
被接種者住所	日進市		
申請理由（疾患名）			
予防接種名			
接種予定医療機関等	医療機関等名 所在地 電話番号		

添付書類

- (1) 日進市特別の理由による任意予防接種費助成に関する理由書（第2号様式）
- (2) 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）又は定期予防接種の履歴が確認できるものの写し