

年 月 日

(接種を受けた日の属する年度の末日まで)

(宛先) 多気町長

申請者 (接種対象者。ただし、被接種者が18歳未満の場合は保護者。)

〒

住 所 多気町

氏 名

電話番号

多気町特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

多気町特別の理由による任意予防接種費用助成金交付第 条の規定に基づき、再接種を受けたいので、申請します。なお、予防接種等について下記の被接種者に関する疾病の状況等必要な情報があるときは、多気町がその情報を関係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。

1. 接種対象者

住 所	〒 多気町 (申請者本人の場合、省略可)
フリガナ 氏 名	 (申請者本人の場合、省略可)
生年月日	年 月 日

2. 申請理由 (医師記入欄)

再接種理由	(疾病名) (該当理由)	
再接種ワクチン		
医 療 機 関	名称	
	住所	〒
	医師名	
	記入日	年 月 日

(添付書類) 母子健康手帳等の過去に予防接種を受けた記録の写し