

長泉町特別の理由による任意予防接種費助成対象認定申請書

年 月 日

長泉町長 様

申請者（保護者）住 所 _____
 氏 名 _____
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
 （接種対象者との続柄： _____）
 電話番号 _____

長泉町特別の理由による任意予防接種費助成金交付要綱第5条の規定により、助成金の支給対象となるための認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の情報等）があるときは、長泉町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			生 年	年	月	日
	氏 名			月 日	(歳	か月)	
	住 所 □申請者と同じ						
接種予定医療機関	名称						
	所在地						
	電話番号						

理由書 (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	
	再接種する予防接種の種類	
	証明する日	年 月 日
	医療機関所在地 医療機関名 医師署名又は記名押印	上記のとおり証明します。 再接種の必要性及び副反応について、上記の者に十分に説明しました。

【添付書類】

□母子健康手帳又は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の写し