

様式第1号 (第5条関係)

大治町特別の理由による任意予防接種費助成金認定申請書

令和 年 月 日

大治町長 殿

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄 ()

電話番号

大治町特別の理由による任意予防接種費助成交付要綱に基づき、予防接種を受けたいので申請します。

なお、大治町が保有する私及び私の世帯に関する個人情報を利用することに同意します。

また、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、大治町がその情報に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。

被接種者	住 所	
	ふりがな	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保 護 者 氏 名		続柄 ()
疾 病 名		
接種が可能となった時期		年 月 日
接種予定医療機関		
接種を希望する 予防接種の種類		

【申請書に添付するもの】

- 1 大治町特別の理由による任意予防接種費助成に関する主治医意見書 (様式第2号)
- 2 母子健康手帳又は予防接種履歴がわかる書類の写し