

様式2（第2条関係）

令和 年 月 日

予防接種費用負担軽減助成に関する同意書

大治町長 殿

住 所	海部郡大治町大字		
フリガナ 接種対象者 氏名	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名		電話番号	

私は、助成費の申請にあたり、下記の事項について同意します。

- 1 予防接種費用負担軽減助成に関する予防接種依頼申請書提出日に、大治町に住民基本台帳を有するか確認すること。
- 2 疾患等があり主治医の監督が必要など特別の事情がある場合、指定・協力医療機関で接種できない状況であることを、医療機関に確認すること。
- 3 やむをえない特別の事情があり指定・協力医療機関では接種できない場合、その理由を確認すること。
- 4 予防接種費用負担軽減助成に関する予防接種依頼申請書にて申請した予防接種の接種日に、大治町に住民基本台帳を有する場合のみ、予防接種費用負担軽減助成費交付申請ができること。
- 5 予防接種費用負担軽減助成に関する予防接種依頼申請書にて申請した予防接種の、予防接種費用負担軽減助成費交付申請できる期限は、接種日から5年以内であること。
- 6 健康被害に対する保証は、予防接種健康被害救済制度に該当しない場合は、全国町村会総合賠償補償保険、もしくは独立法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度が適用されること。

令和 年 月 日 氏名

※私とは、接種対象者、若しくは保護者（親権を行う者、未成年後見人又はその他の者で現に接種対象者を養育しているものをいう。）をいう。