

様式第 1 号（第 5 条関係）

御殿場市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

御殿場市長 様

住所

申請者 氏名

※署名又は記名押印

対象者との続柄

電話番号

御殿場市特別の理由による任意予防接種助成の対象として認定を受けたいので、御殿場市特別の理由による任意予防接種費助成金支給要綱第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、審査のため必要な公簿を閲覧すること、予防接種について必要な情報があるときは、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 | ふりがな | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住 所 | |
| 接種実施（予定）医療機関 | | |
| 接種を受けようとする 予防接種の種類 | | |