

上天草市予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

上天草市長 様

申請者 住所

氏名

電話 () ー

被接種者との関係

上天草市予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により助成対象者の認定を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

被接種者	氏 名			
	住 所	上天草市		
	生年月日	年 月 日	性別	男・女
再接種を希望する予防接種の種類				
再接種予定	名 称			
医療機関	所 在 地			

添付書類

- (1) 再接種に関する医師の意見書（様式第2号）
- (2) 再接種前に受けた定期予防接種の履歴が記録されている母子健康手帳の写し又は当該履歴が確認できるものの写し