様式第１号（第６条関係）

　　　　年　　　月　　　日

大村市予防接種再接種費用助成対象認定申請書

大村市長　様

大村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、関係書類を添えて申請します。

なお、当該再接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、大村市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実施医療機関に提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな） |  |
| 申請者氏名（保護者等） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 連絡先 | （　　　　）　　　－ | 被接種者との続柄 |  |
| 住所 | 〒　　　－　　　 |
| （ふりがな） |  |
| 被接種者の氏名 | 　　　　　 |
| 生年月日 | 　　　 年　　　月　　　日（満　　　歳　　　か月） |
| 被接種者の住所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　※申請者と同じ場合は記入不要　　 |
| 接種希望医療機関 | 医療機関名 |
| 所在地 |

　添付書類

　・主治医意見書（様式第２号）

　・接種記録確認書類(母子健康手帳､接種済証など定期予防接種（骨髄移植等の前に再接種を行ったことがある場合は再接種を含む）の履歴が確認できるものの写し)