鹿部町免疫喪失者への再接種費用助成事業対象承認申請書

年 月 日

鹿部町長 様

申請者 住 所 鹿部町
氏 名
電話番号

鹿部町免疫喪失者への再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。なお、必要に応じて、再接種について鹿部町が医療機関に情報を問い合わせ確認することに同意します。また、この申請における予防接種は、任意の予防接種となるため、健康被害が生じた場合は、申請者が救済手続きを独立行政法人医薬品医療機器総合機構を行うことに同意します。

記

対象者	ふりがな	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 生
	住所 申請者と同じ ☐	
再接種を必要とする定期予防接種 (A類疾病)	予防接種の種類 及び接種回数	
接種医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	

- 添付書類 1 鹿部町免疫喪失者への再接種費用助成事業医師意見書（様式第2号）
2 母子健康手帳、予防接種済証等 定期予防接種の接種歴が確認できる書類の写し