

南砺市特別の理由による任意予防接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

(宛先) 南砺市長

南砺市特別の理由による任意予防接種費用助成金の助成対象者の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ			
	氏名	接種対象者との続柄 ()		
	現住所	〒 南砺市 電話 () -		
接種対象者 (予防接種を受ける人)	フリガナ		生年 月日	年 月 日
	氏名			(歳 か月)
	現住所	※申請者と異なる場合のみご記入ください。 〒		
理由書 (医師記入欄) ※太枠内にご記入ください。	接種済みの 定期接種の 効果が期待 できなくな った原因等	疾病名		
		治療内容		
		治療期間		
	接種する予防接種の 種類及び回数			
		記載年月日： 年 月 日		
		医療機関名 住 所 電話番号 医師署名又は記名押印		
備考				

[理由書作成に係る注意事項]

注 1 この理由書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので、申請者の負担となります。

注 2 ご記内容について、内部照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。