様式第１号（第５条関係）

武豊町特別な理由による任意予防接種費用接種対象者認定申請書

　　　　年　　月　　日

武 豊 町 長　殿

申 請 者　　 住　　所　武豊町

（助成対象者） 氏　　名 　　　 　　　 印

　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　武豊町特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第５条の規定に基づき、助成を受けたいので申請します。

　なお、内容審査を行うため、個人情報の閲覧をすることに同意します。また、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、武豊町長がその情報を関係機関に問い合わせること及び予防接種実施機関に提供することに同意します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 | 武豊町　字　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　） |
| ふりがな |  | 男　・　女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日　（満　　歳　　か月） |
| 理由書 (医師記入欄) | 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 | (医師署名又は記名押印)　　　　　　　　　　　　　　　　　(医療機関所在地)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(医療機関名)　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 再接種が必要な予防接種の種類 |  |
| 接種医療機関名 | ＊上記医療機関と異なる場合のみ記入所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備　　　考 |  |

　※添付書類：骨髄移植手術等の医療行為以前の予防接種履歴が確認できる母子健康手帳又は当該履歴が確認できるものの写し