

年 月 日

五泉市長 様

申請者
住所
氏名
接種対象者との続柄
電話

五泉市任意予防接種費助成対象認定申請書

五泉市任意予防接種費助成事業実施要綱第6条の規定により、再度の予防接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、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、五泉市長がその情報を関係医療機関等に問い合わせること及び下記の接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住所	〒 五泉市
	氏名	フリガナ
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
予防接種	種類	
	接種予定日	
接種医療機関	所在地	
	医療機関名	
	電話番号	

【添付書類】

- 五泉市任意予防接種対象者該当理由書
- 母子健康手帳（骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴を確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し