

様式第1（第6条関係）

東郷町特別の理由による任意予防接種費用助成金対象認定申請書

年 月 日

（あて先）東郷町長

申請者 住所 _____
 （保護者） _____
 氏名 _____
 （被接種者との続柄 _____）
 電話番号 _____

東郷町特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

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、東郷町長が、その情報を関係機関に問い合わせること及び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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 東郷町
	ふりがな氏名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）
接種を希望する 予防接種		
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	

添付書類

- (1) 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない旨の医師の理由書（様式第2）
- (2) 骨髄移植手術等の医療行為が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し