

(様式第1号)

年 月 日

境町長様

申請者（被接種者又は保護者）

住所

氏名 印

被接種者との関係

電話番号

境町免疫消失者等に係る定期予防接種再接種費用助成金交付申請書

境町免疫消失者等に係る予防接種再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

被接種者	住所 境町
	氏名
	生年月日 年 月 日生 (年齢 歳)
理由書・医師記入欄	再接種の理由
	今回再接種する予防接種の種類
	医療機関名・医師名 医療機関所在地 印

添付資料

- ・母子健康手帳の写し又は予防接種の接種履歴が分かる書類