

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

東海村長 様

東海村特別の理由による法定外予防接種費用助成対象認定申請書

申請者（保護者）住 所

氏 名

接種対象者との続柄

電話番号

東海村特別の理由による法定外予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

接種対象者氏名		男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日（ 歳 か月）	
住 所	東海村	
助成対象予防接種名		
接 種 予 定 医 療 機 関	所在地	
	医療機関名	

添付書類

- 1 東海村特別の理由による法定外予防接種費用助成に係る医師意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳等の予防接種の履歴が確認できるものの写し