

南知多町医療行為により免疫を失った場合の
定期予防接種再接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

南知多町長 殿

申請者（保護者）住 所 〒

南知多町大字

氏 名

（被接種者との続柄： ）

電話番号

南知多町医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成実施要綱第5条の規定に基づき、予防接種を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、町長が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、町長がその情報を関係医療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。

被接種者	住 所	南知多町 電話番号（ - - ）
	フリガナ氏名	（ 男 ・ 女 ）
	生年月日	年 月 日 （ 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）
	今回接種する予防接種の種類	
接種医療機関名 （医療機関所在地、医師名）		※上記医療機関と異なる場合にのみ記入
備 考		

（添付書類）

母子健康手帳中の予防接種の記録が記載されている箇所又は医療行為により免疫を失う以前の予防接種の履歴を確認できるものの写し