様式第 1 号（第 6 条関係）

下田市特別の理由による任意予防接種対象者認定申請書

年 月 日

下田市長 様

住 所

申請者（保護者）

氏 名

下田市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定により、対象予防接種の対象者として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、下田市長が、その情報を関係医療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	
	フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者氏名		被接種者との続柄 ()
電話番号		- -
対象予防接種	種類及び回数	
	接種予定日	
接種医療機関	名 称	
	住 所	
	電話番号	