

様式第 1 号(第 7 条関係)

横瀬町法定外予防接種費用助成申請書

年 月 日

横瀬町長 様

住 所

申請者 氏 名

電話番号

接種の概要及び健康被害が生じた場合の救済制度を理解したうえで、次のとおり法定外予防接種費用の助成を受けたいので、申請します。

被 接 種 者	住 所	☐ 申請者と同様		
	氏 名	☐ 申請者と同様		
	生年月日	年 月 日	申請者との 続 柄	
希 望 予 防 接 種	☐ 高齢者肺炎球菌予防接種			
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症 (HPV) 予防接種			
接 種 の 予 定 日	年 月 日			
接種予定機関名				
同 意 欄	この申請に基づく費用助成の審査に当たり、対象者であることを確認する必要があるときは、町の保有する申請者及び被接種者の個人情報を利用することに同意します。 署 名 _____			