様式第１号（第６条関係）

（接種を受けた日の属する年度の末日まで）
年　　月　　日

（宛先）松阪市長

申請者（成人の場合は被接種者本人、未成年の場合は保護者）

住　　所　〒

フリ　　ガナ
名　　前

電話番号

松阪市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

松阪市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付第 6 条の規定に基づき、再接種を受けたいので、申請します。なお、予防接種等について下記の被接種者に関する疾病の状況等必要な情報があるときは、松阪市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。

１．接種対象者

住　　所 （本人の場合、省略可）	〒
フリ　　ガナ 名　　前 （本人の場合、省略可）	
生 年 月 日	年　　月　　日

２．申請理由（医師記入欄）

再 接 種 理 由		（疾病名） （該当理由）
再　接　種 ワ ク チ ン		
医療機関	名　　称	
	住　　所	
	医 師 名	
	記 入 日	年　　月　　日

（添付資料）母子健康手帳等の過去に定期接種を受けた記録の写し