

様式第1号（第5条関係）

伊勢市特別な理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（宛先）伊勢市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

伊勢市特別な理由による任意予防接種費用助成金の対象の認定を下記のとおり申請します。

また、この認定に関する事務手続の処理のため、伊勢市が保有する個人情報を読覧し、又は調査すること、及び医療機関等に問い合わせ、当該医療機関等から報告・回答を受けることについて同意します。

記

被接種者	フリガナ		申請者 との 続柄	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所			
理由書 （医師記入欄）	接種済みの定期接種の予防効果が期待できないと判断する理由	(疾病名) (該当理由) <input type="checkbox"/> 骨髄移植手術 <input type="checkbox"/> その他の医療行為 () 医療機関所在地 医療機関名 医師 (署名又は記名押印)		
	再接種を必要とする予防接種の種類及び接種回数			
接種医療機関	※上記医療機関と異なる場合にのみ記入 所在地 医療機関名			