

第1号様式（第5条関係）

富士市特別の理由による任意予防接種費補助対象承認申請書

年 月 日

（宛先）富士市長

申請者 住所
氏名
被接種者との続柄
電話番号

任意の予防接種の対象者として承認を受けたいので、富士市特別の理由による任意予防接種費補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

予防接種 対象者	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	住所			
予防接種実施 (予定)医療機関				
接種済みの 予防接種の種類		<ul style="list-style-type: none"> ・ ヒ ブ (1・2・3) 回目 ・ 追加 ・ 小児用肺炎球菌 (1・2・3) 回目 ・ 追加 ・ B 型 肝 炎 (1・2・3) 回目 ・ 四 種 混 合 1期 (1・2・3) 回目 ・ 1期追加 ・ 五 種 混 合 1期 (1・2・3) 回目 ・ 1期追加 ・ 不活化ポリオ 1期 (1・2・3) 回目 ・ 1期追加 ・ B C G ・ 麻しん風しん (MR) 1期 ・ 2期 ・ 水 痘 初回 ・ 追加 ・ 日 本 脳 炎 1期 (1・2) 回目 ・ 1期追加 ・ 2期 ・ 二 種 混 合 ・ 子宮頸がん予防 (1・2・3) 回目 		

市長が、この申請の内容について住民基本台帳その他の公簿等の調査を行うこと及び医療機関等へ照会することについて同意します。

氏名

(氏名を自書しない場合は、記名押印してください)