

様式第1（第4条関係）

岩倉市医療行為により免疫を失った場合の  
定期予防接種再接種費助成対象者認定申請書

年 月 日

岩倉市長

殿

申請者 住所  
氏名  
電話番号

予防接種の再接種に要する費用の助成を受けたいので、岩倉市医療行為により免疫を失った場合の定期予防接種再接種費助成事業実施要綱第4条の規定に基づき、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、市担当者が該当用件を関係医療機関に問い合わせること及び当該情報を予防接種実施機関に提供することに同意します。

被接種者	フリガナ 氏 名	申請者との続柄
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
	住 所	
理由書 (医師記入欄)	接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	(医師署名又は記名押印) (医療機関所在地) (医療機関名) ※なお、予防接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。
	今回接種する予防接種の種類	
接種医療機関名 (医療機関所在地及び医師名)		※上記医療機関と異なる場合にのみ記入
備 考		

添付書類 母子健康手帳の予防接種記録の頁の写し又は医療行為により免疫を失う以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し