

様式第 1 号（第 6 条関係）

富田林市定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

富田林市長 様

申請者

住 所

氏 名

電話番号

富田林市定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被接種者	フリガナ 氏名		生年 月 日		性 別	男 女
	住所	富田林市				
再接種を行う 予防接種の種類						
接種予定日(年齢)	年 月 日 (歳 か月)					
実施医療機関 名称・所在地						
添付書類	☐ 富田林市定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の理由書（様式第 2 号） ☐ 予防接種記録が確認できる書類の写し（母子健康手帳など）					