

第1号様式（第7条関係）

上越市特別の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) 上越市長

申請者（保護者）

住 所

氏 名

※署名の場合は押印不要

電話番号

次のとおり特別の理由による任意予防接種費用助成対象の認定を申請します。

接種対象者	フリガナ名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	※申請者と同一の場合は記入不要		
予防接種	種 類			
	接種予定日			
接種医療機関	名 称			
	所 在 地			
	電 話 番 号			

備考 申請書に次の書類を添付して提出してください。

- ・上越市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書（第2号様式）
- ・母子健康手帳（骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できるものの写し