

別記様式第1号（第6条関係）

新潟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

（あて先）新潟市長

申請者（保護者） 住 所 _____
氏 名 _____

新潟市特別の理由による任意予防接種費用助成金支給要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給の対象となるための認定を受けたいので、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、新潟市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	〒 _____ 新潟市 _____ 区
	氏 名	フリガナ _____
	生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日（満 _____ 歳 _____ か月）
保護者氏名		被接種者との続柄（ _____ ）
連絡先電話番号		_____ - _____
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	_____
通知書類送付先		1 現住所
		2 滞在先住所 〒 _____

添付書類

- （1）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医師の理由書
- （2）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