

第1号様式（第5条関係）

年 月 日

氷川町長 様

申請者 住所  
氏名  
連絡先  
(被接種者との関係 )

※自署又は記名押印

氷川町予防接種再接種費用助成対象認定申請書

氷川町予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

1 申請内容

被 接 種 者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏名			(満 歳)
住所				
再接種する 予防接種の種類				
接種予定 医療機関		【医療機関名】 【所在地】 【電話番号】		

2 関係書類

- (1) 氷川町予防接種再接種に関する医師意見書（第2号様式）
- (2) 予防接種記録が確認できる書類（母子健康手帳等）の写し