

第1号様式（第4条関係）

大府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補助対象者認定申請書

大府市長 殿

年 月 日

申請者（保護者）

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

大府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実施要綱第4条の規定に基づき、補助を受けて予防接種を受けたいので、申請します。

なお、大府市長が、この申請に関し、市の保有する私及び私の世帯に関する個人情報を利用することに同意します。また、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、大府市長が、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	住 所	大府市
	(フリガナ) 氏 名	電話番号 (        —        —        )
	生年月日	年        月        日 (満        歳        ヶ月)
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)
	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、 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の記録が記載されているページ、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