

天栄村予防接種再接種費用助成適用認定申請書

天栄村長

申請者 住所

氏名

（再接種を受ける者との関係 ）

電話番号

再度、任意で予防接種を受けるにあたり、費用助成の適用認定を受けたいので、天栄村予防接種再接種費用助成金交付事業実施要綱第6条の規定により、関係書類を添えて次のとおり申請します。

再接種については、必要性及び副反応、（独）医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、了承します。また、必要な情報がある場合には、天栄村が関係機関に問い合わせることに同意します。

再接種を受ける者	ふりがな		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	天栄村		
再接種の理由・治療の状況等				
予防接種実施 予定医療機関				

添付書類

- 1 天栄村予防接種再接種費用助成適用認定申請に係る主治医意見書（第2号様式）
- 2 母子手帳等の再接種を必要とする前の定期予防接種の接種履歴を確認することができる書類