

天城町季節性インフルエンザ任意予防接種費用助成申請書

年 月 日

天城町長 殿

申請者 住所 天城町
氏名 ㊟

下記のとおり、季節性インフルエンザ任意予防接種を受けたいので、この予防接種が任意接種であること、予防接種の効果や副反応の可能性、医療品副作用被害救済制度について理解したうえで、天城町季節性インフルエンザ任意予防接種費用の助成に関する実施要綱第6条の規定により申請します。

記

ふりがな		性 別	男 女	生 年 月 日
被接種者氏名				年 月 日 (満 歳)
住所	申請者と同じ <input type="checkbox"/> 天城町		TEL	
受診予定 医療機関	特段の事情がない限り、1回目の接種を受けた病院を受診。			
1回目の 接種日	月 日			

- (注意) 1 被接種者は、天城町に住所を有する満1歳から13歳未満の者、若しくは、満13歳～年度内18歳に到達する者であること。
- 2 被接種者は、天城町季節性インフルエンザ任意予防接種費用の助成に関する要綱に基づく助成をうけた事がない者であること。
- 3 この申請は、被接種者の保護者が代理で行うことができる。