様式第１号（第５条関係）

幸田町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兼理由書

年　　月　　日

（宛先）幸田町長

保護者（被接種者との続柄　　　　　　）
住所
氏名
電話番号

次の者については、接種済みの定期予防接種の効果が期待できない旨の医師の診断を受けており、任意予防接種を受けるにあたり助成されたく申請します。

<table>
<tr><td colspan="5">保護者記入欄</td></tr>
<tr><td rowspan="2">任意予防接種を受ける者</td><td>住所</td><td colspan="3">□保護者と同じ（□に✔）
幸田町大字</td></tr>
<tr><td>ふりがな
氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="2">任意予防接種を受ける医療機関</td><td>名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3">
電話番号</td></tr>
</table>

以下は、医療機関により作成（文書料金は、保護者の自己負担です。）されることが必要です。

<table>
<tr><td colspan="2">医師記入欄</td></tr>
<tr><td>上記の者が接種済みの定期予防接種の効果が期待できないとする理由</td><td>（疾病名）

（理由）</td></tr>
<tr><td>再接種すべき予防接種の種類及び回数</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">以上のとおりです。
年　　月　　日
医療機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
医師名（自署）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>

添付書類

□　母子健康手帳の写し