

様式第1号（第4条関係）

風しん予防接種費用助成申請書

フリガナ 被接種者氏名		性別	男・女
住所	小松島市		
生年月日	年	月	日
電話番号			
予防接種の種類	風しん単抗原ワクチン ・ 麻しん風しん混合ワクチン		
注意事項	<p>(1) この助成金により接種を受ける予防接種は、予防接種法に基づく予防接種ではなく、任意で受ける予防接種であり、市は本予防接種にかかる接種費用のみを負担し、健康被害発生時等その他一切の責任を負いません。</p> <p>(2) 任意で受けた予防接種により健康被害が発生した場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度が適用されます。</p>		

助成金の交付を受けたいので、小松島市風しん予防接種費用助成事業実施要綱第4条の規定により、上記のとおり申請します。なお、申請にあたっては上記の注意事項を理解し、異議ありません。

年 月 日

小松島市長 様

申請者  
住所 小松島市

氏 名 印