

様式第 1 号

旭川市特別の理由による任意の予防接種費用補助対象認定申請書

年 月 日

(宛先) 旭川市長

住 所 旭川市
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり特別の理由による任意の予防接種費用補助対象認定の申請を行います。

接種対象者	フリガナ 氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同一
予防接種	種類及び回数	※複数回接種を行う場合は回数も記載
	接種予定時期	※上記予防接種について接種を開始する予定時期
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	電話番号

添付書類

- ・ 旭川市特別の理由による任意の予防接種に関する意見書（様式第 2 号）
- ・ 母子健康手帳（特別の理由が生じる以前の定期の予防接種の履歴が確認できるもの）等の予防接種歴が確認できるものの写し
- ・ 申請者の本人確認資料（マイナンバーカード、健康保険証、運転免許証のいずれか）の写し