

様式第1号 (第3条関係)

飛島村指定外医療機関予防接種費用助成申請書

年 月 日

飛島村長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

被接種者との関係 本人 その他 (_____)

連 絡 先 _____

次のとおり、予防接種費用の助成を受けたいので申請します。

被接種者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	生年月日	T・S・H・R・西暦	年 月 日 (歳)
滞在先	名称		
	住所		
申請理由	<input type="checkbox"/> 主治医が指定外医療機関であって、当該主治医による管理を要する疾病により、指定医療機関において実施する予防接種を受けることが適当でないため <input type="checkbox"/> 一時的に村外に滞在しているため、指定医療機関において実施する予防接種を受けることが困難なため <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
種 類	<input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
接 種 医療機関	名 称		
	住 所		
	電話番号		

備考 指定外医療機関での予防接種後に健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償でなく、医薬品副作用被害救済制度による補償対象となります。ご承知いただいた上で申請してください。