

犬山市内の実施医療機関へご提出ください。

年 月 日

犬山市おたふくかぜワクチン接種費用助成申出書

犬 山 市 長 様

住 所 犬山市

申請者

(保護者) 氏 名

印

(続柄)

電話番号

犬山市おたふくかぜワクチン接種費用助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、下記のとおり申し出ます。

記

ふりがな

被接種者の氏 名

住 所 (□申請者と同じ)

生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月)

同 意 書

おたふくかぜワクチン予防接種について、任意予防接種のため、万一健康被害が生じた場合、医薬品副作用被害救済制度の適用となることについて説明を受け、十分理解した上で接種することに同意します。

保護者 氏名 _____

医 療 機 関 記 入 欄

- 被接種者を健康保険証等で本人と確認。
- 犬山市民であることを確認。
- 接種時に1歳以上小学校就学前であることを確認。
- 過去に犬山市でおたふくかぜワクチンの接種費用助成を受けたことがないことを確認。
- おたふくかぜに罹患したことがないことを確認。

	使用ワクチン名	実施場所・医師名・接種年月日
予防接種実施	ワクチン名 :	接種年月日 : 年 月 日
医療機関証明欄	ロット番号 :	医療機関名 :
	有効年月日 :	接種医師名 :