

様式第 1 号（第 5 条関係）

小野市定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

小野市長 様

次のとおり定期予防接種再接種費用助成対象の認定を申請します。

接種対象者	ふりがな 氏 名	⑩	性 別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日		
	住 所			
	保護者氏名		電話番号	
予 防 接 種	種 類			
	接種期間			
接 種 希 望 医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			

（添付書類）

- 1 小野市定期予防接種再接種費用助成に関する理由書（様式第 2 号）
- 2 母子健康手帳（骨髄移植手術その他の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し