

年 月 日

(あて先) 長 岡 市 長 様

住 所 〒  
長岡市

申請者  
氏 名

連絡先電話番号

(申請者：保護者又は被接種者が16歳以上の場合本人)

### 特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

接種済の定期予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断され、任意で再度予防接種を受けさせたいので、下記のとおり認定書の発行を申請します。

#### 記

被接種者氏名 <small>(ふりがな)</small> 生 年 月 日	年 月 日生
住 所	〒  連絡先電話番号：
予防接種の種類	
接種開始予定日 医 療 機 関 (決まっている場合記入)	接種（開始）予定日： 年 月 日 医療機関：
認定書の送付先	1 現住所（申請者と同じ） 2 現住所以外 〒 _____ _____ _____ ( ) 様方