

任意予防接種健康被害見舞金支給申請書

年 月 日

(あて先) 名古屋市長

申請者
住所 〒

氏名 (被接種者との続柄)
連絡先 (電話 - -)

別添のとおり、必要書類を添えて任意予防接種健康被害見舞金の支給を申請します。

(ふりがな)	()	生年月日	年 月 日
被接種者氏名			
予防接種 (ワクチン種類)		接種年月日	年 月 日
添付書類	医療費・医療手当 受給者	<input type="checkbox"/> 医療費・医療手当 支給決定通知書 (写)	<input type="checkbox"/> 受診証明書
		<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (写)	<input type="checkbox"/> その他 ()
	障害児養育年金受給者 障害年金または	<input type="checkbox"/> 前年次の年金受給歴がわか るもの (写)	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 (写)
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他		