

任意予防接種健康被害見舞金支給申請書

令和5年2月1日

(あて先) 名古屋市長

申請者

住所 〒460-8508
名古屋市中区三の丸三丁目1番1号氏名 名古屋 春子
(被接種者との続柄 母)

連絡先 (電話 052-972-3969)

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)	(なごや はなこ)	生年月日	平成10年4月1日
被接種者氏名	名古屋 花子	接種年月日	平成24年7月1日
予防接種 (ワクチン種類)	サーバリックス		
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 checked="" type="checkbox"/> 前年次の年金受給歴がわか るもの (写)	<input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 (写)
		<input type="checkbox"/> その他 ()	
	その他		