

様式第1号（第6条関係）

あま市予防接種費償還払承認申請書

年 月 日

あま市長 様

住 所
申請者 氏 名
電話番号

次のとおり、予防接種費の償還払を受けたいので承認してください。

被接種者	住 所	あま市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
申 請 理 由	1 かかりつけ医 2 疾病による入院又は通院 3 里帰り出産等 4 施設等に入所 5 その他（ ）	
予防接種の種類及び内容（回数）		受診医療機関名 住所 電話番号

*この申請にあたり、健康被害に対する補償は、予防接種健康被害救済制度に該当しない場合は、あま市予防接種事故災害補償規程又は独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度が適用されることに同意します。

署 名