

様式第1号（第6条関係）

芦屋市予防接種再接種費用助成対象認定申請書

令和 年 月 日

芦屋市長 様

申請者（保護者） 住所：芦屋市 町 番 号

氏名（続柄）： 印（ ）

電話：（ ） ー

下記のとおり予防接種再接種費用助成対象の認定を申請します。

記

接種 対象者	ふりがな 氏名	印	性別	男・女
	生年月日	年	月	日
	住所	芦屋市	町	番 号
	保護者氏名			
	電話番号	（ ）	ー	
予防接種	種類			
	接種希望日時	年	月	日
接種医療 機関	名称			
	所在地			

（添付書類）

- 1 芦屋市予防接種再接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- 2 再接種が必要となる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の写し（母子健康手帳等）

以上