

様式第1号（第6条関係）

蟹江町予防接種費償還払承認申請書

令和 年 月 日

蟹江町長 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 — —
連絡先電話番号 — —
住 所
氏 名

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	蟹江町
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳）
申 請 理 由		
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、蟹江町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

本人確認 書類	1. 運転免許証 2. マイナンバーカード	宛名 番号	
	3. その他（ ）		

様式第1号（第6条関係）

蟹江町予防接種費償還払承認申請書

令和 年 月 日

蟹江町長 殿

ご本人

申請者

住所 蟹江町西之森七丁目65番地
氏名 保健 太郎
電話番号 0567-96-5711ご自宅（ご本人）以外が
連絡先となる場合連絡先電話番号 052-〇〇〇-△△△△
住所 名古屋市〇区△町□番地
氏名 健康 花子

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	蟹江町 西之森七丁目65番地
	氏名	保健 太郎
	生年月日	〇〇 年 〇 月 〇日（満〇歳）
申請理由	例）長期入院中のため指定医療機関で接種できないため	
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	
高齢者インフルエンザ	□□病院 〇〇市△△町一丁目1番地 〇〇〇-△△△-□□□□	

*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、蟹江町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 保健 太郎

本人確認書類 1. 運転免許証 2. マイナンバーカード
3. その他（ ）宛名
番号

※郵送の場合は写しを同封してください