

予防接種健康被害救済措置申請書

年 月 日

瑞浪市長 様

住所
申請者
氏名

次により予防接種健康被害の救済措置給付の申請をします。

被 接 種 者	住 所		電 話	
	氏 名	(男 ・ 女)		
	生 年 月 日	年 月 日生 (歳)		
	予防接種の種類 及び接種年月日	予防接種名 接種年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日		