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。

<table>
<tr><td rowspan="5">被接種者</td><td>住　所</td><td></td><td>電　話</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3">（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="3">年　　月　　日生　（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">予防接種の種類及び接種年月日</td><td colspan="3">予防接種名　　新型コロナウイルスワクチン（臨時接種）</td></tr>
<tr><td colspan="3">接種年月日　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">年　　月　　日
年　　月　　日
年　　月　　日
年　　月　　日
年　　月　　日
年　　月　　日</td></tr>
</table>