

年 月 日

遠野市長 様

申請者
住 所
氏 名
(被接種者との続柄)
電 話 - -

遠野市特別の理由によるワクチン再接種費用助成金変更承認申請書
年 月 日付け第 号で通知のあった遠野市特別の理由によるワクチン再接種費用助成金の交付について、遠野市特別の理由によるワクチン再接種費用助成金交付要綱第7条第1項の規定に基づき、下記のとおり申請内容を変更したいので申請します。

記

被 接 種 者	住 所	遠野市 <input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	ふりがな	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
	生年月日	年 月 日 (男 ・ 女)
変更の内容		
変更の理由		

【添付書類】

- 1 遠野市特別の理由によるワクチン再接種に係る医師の意見書（様式第2号）
（再接種を行う予防接種の種類を変更する場合のみ）
- 2 その他市長が必要と認める書類