様式第２号

|  |
| --- |
| 予防接種健康被害救済措置申請書　　年　　月　　日　　　　浜松市長　様住所　申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　印　　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 |
| 保護者 | 住所 |  | 電話 | 　 |
| 氏名 | 　 | 続柄 | 　 |

* 申請者は、健康被害者本人若しくは保護者名を記入して下さい。