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。