

予防接種健康被害救済措置申請書

令和 年 月 日

(あて先) 沼津市長

住所
申請者
氏名

次により、予防接種健康被害救済措置を受けたいので申請します。

健康被害者	住所		電話	
	氏名		生年月日	
	健康被害の原因	予防接種名 接種年月日	新型コロナウイルスワクチン接種 令和 年 月 日	
保護者	住所		電話	
	氏名		続柄	

※申請者氏名欄は、健康被害者又は政令で定める遺族、保護者名を記入してください。

(承諾事項)

予防接種健康被害救済措置の申請に当たり、必要に応じ沼津市長が行う次の行為について、承諾します。

- (1) 健康被害者の予防接種による健康被害の状況を把握するために必要な、医療機関等に対し行う診療記録等個人情報の収集
- (2) 医療機関に対し行う予防接種健康被害認定申請書及び領収書等の確認

申請者氏名 _____ 印

受付印