

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。