令和　　年　　月　　日

予防接種健康被害救済措置申請書

今治市長　様

申請者　住所

　　　　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康被害を受けた疑いがある方 | 住所 |  | | | 電話 | |  |
| 氏名 |  | | 生年月日 | | (　 歳　か月) | |
| 健康被害の原因 | | 予防接種名　新型コロナウイルスワクチン（メーカー名:　　　　　　　　）  接種年月日 | | | | |
| 保護者等 | 住所 |  | | | 電話 | |  |
| 氏名 |  | | | 続柄 | |  |

※保護者等欄は、健康被害を受けた疑いがある方が、未成年者または成年後見人がいる場合で代理申請を行う場合に記載。

※本人が記載できない場合で、家族等が代筆する場合は、保護者等の氏名欄に（代筆）と記載のうえ、その他必要事項を記載のこと。