様式第1号（第２条関係）

|  |
| --- |
| 予防接種健康被害救済措置申請書 　　年　　月　　日 （あて先）静岡市長 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 | 予防接種名接種月日　　　　　　　　　年　　月　　日 |
| 保　護　者 | 住所 |  | 電話 | 　　　－ |
| 氏名 |  | 続柄 |  |

（注）申請者氏名欄は、健康被害者名又は保護者名を記入してください。