　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。