

予防接種後健康被害救済制度の申請意向確認書

柏原市長様

令和 年 月 日

☐ 予防接種後健康被害救済制度について、リーフレット「予防接種後健康被害救済制度」を読み、理解しました。

☐ 申請に関して、書類によっては自己負担が発生することを理解しました。

上記、理解した上、

☐ 予防接種後健康被害救済制度の申請を希望いたします。

○申請者

(住 所) 柏原市

(氏 名)

(生年月日) 年 月 日

(被接種者との続柄)