

様式第4号（第8条関係）

医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金変更等承認申請書

年 月 日

水戸市長 様

住 所

氏 名

電話番号

被接種者との関係

年 月 日付け 第 号で交付の決定の通知を受けた医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金について、下記のとおり変更等をしたいので、水戸市医療行為による免疫消失等に伴う予防接種再接種費補助金交付要項第8条第1項の規定により申請します。

記

1 変更等の内容

2 変更等の理由