

# 同意書

令和 年 月 日

吹田市長 あて

私は、予防接種法に基づく予防接種健康被害救済制度の申請のために、必要に応じて、吹田市が医療機関等から必要な書類及び情報を収集することに同意します。

また、当該予防接種健康被害救済制度の認定に係る審査のために、吹田市が収集した情報を、国及び大阪府に提供することに同意します。

## 【受けた予防接種（被接種者の状況）】

フリガナ		性別
氏名		男・女
住所 ※予防接種を受けた当時の 住民登録地	吹田市	
生年月日	大正・昭和 年 月 日（ 歳 ヶ月） 平成・令和	
受けた予防 接種の種類		
接種年月日		

## 【請求者】

氏名（自署） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_

電話番号（ ） \_\_\_\_\_

※請求者が事情により自署できない場合は、代筆者が、請求者の氏名・住所・電話番号等を代筆の上、以下に署名してください。

代筆者氏名（自署） \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号（ ） \_\_\_\_\_