

様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

かほく市長 様

[申請者]
住 所
氏 名
電話番号

かほく市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成事業適用認定申請書

かほく市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第 5 条第 1 項の規定により、助成の適用を受けたいので、関係書類を添付して申請します。なお下記の接種対象者に関し、把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、かほく市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び当該予防接種を行う医療機関に提供することに同意します。

記

接種対象者	氏 名	ふりがな	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）		
	住 所	〒 ー		
予防接種の種類				
予防接種 実施予定 医療機関	名 称			
	所在地	〒 ー		

- 【添付書類】
- 1. 定期接種を受けることができなかったと判断した理由等を記載した医師意見書
 - 2. 母子健康手帳（小児がん治療等を受ける前に接種した定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）の写し又は定期予防接種履歴が確認できるものの写し
 - 3. その他市長が必要と認める書類