

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

㊟

かほく市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金対象適用申請書

かほく市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、再度の予防接種を受けたいので、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市が把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、かほく市長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	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
	住 所	
予防接種の種類		
医療機関	名 称	
	所在地	

添付書類

1. 小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成に関する対象者該当理由書
2. 母子健康手帳（小児がんの治療以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）
又は当該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