

揖斐川町長 様

申請者 住 所 揖斐川町

氏 名

印

被接種者との続柄（ ）

電話番号

揖斐川町小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書

揖斐川町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条の規定に基づき、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て、町が把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、揖斐川町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	住所	揖斐川町		
	氏名		性別	男 ・ 女
	生年月日		年齢	歳 か月
接種を希望する 予防接種の種類・回数		<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・小児用肺炎球菌 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ・四種混合 初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加 ・三種混合 初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加 ・不活化ポリオ 初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加 ・麻しん風しん 第1期・第2期 ・水痘 1回目・2回目 ・日本脳炎 第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期 ・ジフテリア及び破傷風第2期 ・子宮頸がん予防 1回目・2回目・3回目 		
接種予定 医療機関	名 称			
	所在地			

添付書類

- (1) 揖斐川町小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する主治医意見書（様式第2号）
- (2) 母子健康手帳（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) 前2号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類