

羽島市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

(あて先)
羽 島 市 長

申 請 者 (保護者)

氏 名

接種希望者との関係 ()

電話番号

_____は、下記の理由のため、羽島市小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付を受けたいので、関係書類を添付して申請します。なお、下記の接種希望者に関し、市が把握すべき必要な情報（疾病の状況等）があるときは、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

接種希望者	ふりがな		生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 ヲ月)	性別	男・女
	氏 名					
	住 所	羽島市				
接種医療機関名						
再接種を希望する 予防接種の種類 (該当するものに○をつけてください)	ヒブ (Hib)		初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	小児肺炎球菌		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			
	4種混合		第1期初回 (1回目・2回目・3回目)・第1期追加			
	麻しん風しん混合 (MR)		第1期・第2期			
	水痘		初回・追加			
	日本脳炎		第1期初回 (1回目・2回目)・第1期追加・第2期			
	2種混合		第2期			
	子宮頸がん		1回目・2回目・3回目			
	その他					

- (添付書類)
- 1 羽島市小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する医師意見書 (様式第2号)
 - 2 骨髄移植等の前に受けた定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳又は当該履歴が確認できるものの写し