　　年　 月　 日

下呂市長 　様

申請者（保護者）住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　 ㊞

接種対象者との続柄（　　　　　　　　）

電話番号

下呂市小児がん患者ワクチン再接種助成対象認定申請書

下呂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、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、下呂市がその情報を関係医療機関等に問い合わせること及び下記の接種医療機関に提供することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住　　所 | * 申請者と同じ * 下呂市 |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳　　　　か月） |
| 予防接種の種類 |  | |
| 接種  医療  機関 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 添付  書類 | * 医師意見書（様式第２号） * 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ等の写し | |