

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

八百津町長 様

申請者（保護者）住 所

氏 名

電話番号

八百津町小児がん患者ワクチン再接種費用助成金交付申請書

八百津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、下記について町が把握すべき必要な情報（疾病状況等）があるときは、八百津町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。

接種対象者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	
予防接種の種類		
医療機関	名 称	
	所在地	

関係書類

(1) 八百津町小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する意見書（様式第2号）

(2) 母子健康手帳（骨髄移植手術（造血幹細胞の移植）その他の理由が生じる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

<注意事項>

1. 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
2. 助成の対象となるのは、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限ります。ただし、次の予防接種は年齢制限があります。
ヒブ（10歳未満）・小児肺炎球菌（6歳未満）・四種混合（15歳未満）
3. 助成対象の認定前に接種した再度の予防接種については、助成対象外となります。
4. 本申請により接種する再度の予防接種は、任意接種となります。