

東白川村長 あて

東白川村小児がん患者等ワクチン再接種費用助成金交付申請書

東白川村小児がん患者等ワクチン再接種費用助成金交付要綱第6条の規定により、東白川村小児がん患者等ワクチン再接種費用成金の交付を申請します。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、東白川村長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。

申請者	住 所	東白川村
	氏 名	接種対象者との続柄（ ）
接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 東白川村
	(フリガナ) 氏 名	(<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳 か月)
接種を希望する予防接種	<ul style="list-style-type: none"> ・4種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・2種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 } ・3種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・麻しん・風しん { 第1期・第2期 } ・日本脳炎 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 } ・急性灰白髄炎 (ポリオ) { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } ・Hib (ヒブ) 感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・小児用肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } ・ヒトパピローマウイルス感染症 { 1回・2回・3回 } ・水痘 { 1回・2回 } ・B型肝炎 { 1回・2回・3回 } ・ロタ※{ 1回・2回・3回 } ※令和2年10月以降に接種したものに限り 	
接種医療機関		

添付書類

- 1 母子健康手帳（もしくはこれまでの定期予防接種の履歴が分かるもの）