

第1号様式（第6条関係）

沼津市小児がん患者等ワクチン再接種費助成対象認定申請書

年 月 日

（宛先）沼津市長

住所

氏名

申請者 ※署名又は記名押印
（保護者） 対象者との続柄

電話番号

助成の対象として認定を受けたいので、沼津市小児がん患者等ワクチン再接種費助成金支給要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

なお、沼津市長が審査のため必要な公簿を閲覧すること、予防接種について必要な情報があるときは、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種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	性別	男 ・ 女
	住所			
接種実施（予定）医療機関				
接種を受けようとする 予防接種の種類				

<沼津市記入欄>

確 認 欄		
住民登録	有 ・ 無	
転出予定	無 ・ 有	
その他（特記事項）	無 ・ 有	
受 付		

ワクチン再接種に関する理由書

年 月 日

（宛先）沼津市長

骨髄移植手術その他の特別の理由により、接種済定期予防接種の予防効果が期待できないため、任意で予防接種の再接種を受けることについて下記のとおり理由書を提出します。

なお、接種対象者は、予防接種の再接種が可能な状態と認められるものであり、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

接種 対象 者	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住 所			
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由				
再接種する予防接種の種類				
医療 機 関	名 称			
	所在地			
	医師名 (署名又は記名押印)			

第4号様式（第8条関係）

沼津市小児がん患者等ワクチン再接種費助成金支給申請書 兼 請求書

年 月 日

(宛先) 沼津市長

住 所

氏 名

申請者

(保護者)

対象者との続柄

電話番号

助成金の支給を受けたいので、沼津市小児がん患者等ワクチン再接種費助成金支給要綱第8条の規定により、次のとおり申請します。

なお、この申請の内容について必要な公簿の閲覧を行うこと及び医療機関等へ照会することについて同意します。

接種対象者	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年	月	日	性別	男・女
	住所					
予防接種名	再接種年月日	接種費用① (支払った金額)	控除額② (他の公的制度により補助を受ける額)	沼津市記入欄		
				助成上限額③ (沼津市で定める定期予防接種委託料の額)	申請金額 (①と③で少ない額から②を控除した額)	
助成申請合計額				円		
振込先口座	金融機関	銀行 本店 金庫 農協 支店				
	口座種別	普通・当座・その他	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					