

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

印

申請者

（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		