様式第1号（第5条関係）

加賀市小児がん等の治療による任意予防接種費用助成適用認定申請書

年　　　月　　　日

（宛先）加賀市長

申請者　　住　所

　　　　　氏　名

　　　　　　（被接種者との続柄　　　　）

　　　　　連絡先

　予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで、加賀市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、任意予防接種費用の助成を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

　併せて、被接種者及びその保護者の希望によって行われる任意の予防接種であるため接種に伴う健康被害が生じた場合は加賀市が責任を負うものではないことを了承します。

　また、この申請に必要な範囲で、世帯員の住民登録等の調査を行うことに同意します。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、加賀市長が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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日（満　　　歳　　　か月） |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 予防接種 | 種類 |  |
| 接種日（予定日） |  |
| 接種予定医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |

添付書類

　１ 加賀市小児がん等の治療による任意予防接種費用助成に関する理由書（主治医意見書）（様式第2号）

　２ 助成対象者（被接種者）が小児がん等の治療（骨髄移植その他の造血幹細胞移植又は化学療法等その他の医療行為）を受けた等任意接種を行う理由が生ずる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの（被接種者の母子健康手帳又は当該接種履歴が確認できるもの）の写し

別紙（様式1別紙）

受けようとする任意予防接種

|  |  |
| --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種日（予定日） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |