

様式第1号（第5条関係）

七尾市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成事業適用認定申請書

年 月 日

七尾市長

私は、標記の任意予防接種について、助成の適用を受けたいので、七尾市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	氏名	フリガナ	対象者との続柄	
	住所	〒	連絡先	
対象者	氏名	フリガナ	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		
治療の状況				
予防接種実施 予定医療機関				

- 添付書類
- ・ 医師意見書V
 - ・ 母子健康手帳等の写し