様式第1号 (第6条関係)

骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業申請書

接種 対象者	(ふりがな) 氏名	接種対象者 との続柄	生年月日	性別	住 所 ※接種対象者と住所が別の世帯構成員は、住所 を記入してください。
	()		年 月 日	男・女	たつの市
				電話番号	()
扶養義務者及び その他の世帯構成員			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
予 防 接 種 の 種 類	予防接種名	回 数			
	☐ B型肝炎	初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目) ☐ 追加			
	☐ Hib 感染症	初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 追加			
	☐ 小児の肺炎球菌感染症	初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 追加			
	☐ 四種混合 (DPT-IPV)	第1期初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 第1期追加			
	☐ 三種混合 (DPT)	第1期初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 第1期追加			
	☐ 不活化ポリオ	第1期初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目) ☐ 第1期追加			
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)	☐ 第1期 ☐ 第2期			
	☐ 水痘	☐ 1回目 ☐ 2回目			
	☐ 日本脳炎	第1期初回 (☐ 1回目 ☐ 2回目) ☐ 第1期追加 ☐ 第2期			
	☐ 二種混合 (DT)	☐ 第2期			
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症	☐ 1回目 ☐ 2回目 ☐ 3回目			
接種を 希望する 医療機関	所在地				
	医療機関名				

上記のとおり、予防接種再接種費用の助成を受けたいので、たつの市骨髄移植後等の予防接種再接種費助成事業実施要綱第6条の規定により申請します。

なお、本申請の審査に必要な範囲で、助成対象者の世帯構成員の状況についての調査並びに本人及び扶養義務者等の課税台帳の閲覧のほか、必要事項の調査・確認に同意します。 年 月 日

たつの市長 様

申請者 住 所 たつの市

氏 名

印

電話番号

()

(裏面)

(注意事項)

- 1 助成対象者は、骨髄移植等（造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植））によって移植前に接種した予防接種ワクチンの免疫が低下し、又は消失したため、再接種が必要と医師が認める者です。
- 2 再接種する予防接種は、任意接種となります。
- 3 費用助成対象として認定される前に接種した場合は、助成の対象となりません。
- 4 認定後、20歳に達した後に接種した場合は、助成金が交付されません。