

柴田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金認定申請書

柴田町長

申請者	住所	(〒 -)		
	フリガナ			
	氏名	(自署又は記名押印)		
	電話番号		対象者との関係	

柴田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条に基づき、次のとおり予防接種の再接種費用の助成に係る認定を受けたいので申請します。また、当該再接種の状況等について必要がある場合は、町がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

対象者	フリガナ		男	生年月日	
	氏名		・	年	月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ			
接種予定医療機関	(医療機関名)		(電話番号)		
再接種を行う 予防接種の種類 ※いずれかに○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 小児肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 5種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 4種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 3種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ ジフテリア及び破傷風 : 2期 ・ 不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・ 麻しん風しん混合 : 1期・2期 ・ 水痘 : 1回目・2回目 ・ 日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 ・ HPV（2価又は4価） : 1回目・2回目・3回目 ・ HPV（9価） : 1回目・2回目・3回目 ・ その他（ ） 				
接種予定日	年 月 日				

【添付書類】

- ① 造血幹細胞移植によるワクチン再接種に係る意見書（別添）
 - ② 母子健康手帳等の造血幹細胞移植以前の定期予防接種の記録が確認できるものの写し
- ※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- ① 助成の対象となる再接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ③ この申請により助成金を交付することを認定する前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。