

柴田町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請書

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を申請します。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・女	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) (住所) (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	・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 接種済の予防接種の記録が確認できるものの写し（母子健康手帳等）

※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額が決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。