様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請書

大河原町長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 | （〒　　　　-　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  | 対象者との関係 |  |

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８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、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況、税情報等）がある場合は、大河原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 | □ 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 | ・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・四種混合 　　　　　　 ：１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種・三種混合　　　　　　 ：１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種・不活化ポリオ（単独） ：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種・二種混合 　　　　　　：２期・Ｂ型肝炎 　　　　　 ：１回目・２回目・３回目・麻しん・風しん（ＭＲ) ：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・子宮頸がん　　　　　 ：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かかる意見書（様式第２号）

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. 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済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. この申請により費用助成が決定する前に、接種した予防接種は助成の対象になりません。