

様式第1号（第5条関係）

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

宇検村造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請書

宇検村長 元山公知 殿

申請者	住所	(〒 -) 宇検村		
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号		対象者との関係	

宇検村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、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、宇検村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		・ 女	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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 ・BCG : 1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。