

酒田市長 宛

造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

《申請者》 住 所 酒田市

氏 名

電 話 (日中連絡先)

接種者対象者との続柄

造血幹細胞移植後又は化学療法後の任意予防接種費用助成について、酒田市造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第 6 条の規定により、次のとおり申請します。

なお、必要に応じこの申請に係る住民基本台帳情報について確認をすること、当該予防接種について必要な情報(疾病の状況等)があるときは、酒田市が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種 対象者	フリガナ		生年	S・H・R	年	年	歳
	氏 名		月日	月	日	齢	
	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					
再接種が必要な 予防接種		・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 ・小児肺炎球菌 :初回接種(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加 ・四種混合 :1 期初回(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加 ・三種混合 :1 期初回(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加 ・不活性ポリオ(単独) :初回接種(1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加 ・BCG :1 回目 ・麻しん・風しん(MR) :1 期 ・ 2 期 ・麻しん(単独) :1 期 ・ 2 期 ・風しん(単独) :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 ・二種混合(DT) :第 2 期 ・子宮頸がん :1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目					
※接種が必要なものに○をつけて下さい							
接 種 予 定 日		令和 年 月 日					

【添付書類】

- ① 酒田市造血幹細胞移植等後の任意予防接種費用助成に係る意見書(様式第 2 号)
- ② 造血幹細胞移植等前の定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳等の写し、その他当該定期予防接種を実施したことを証する書類

【注意事項】

- ① 申請者は接種対象者本人又はその保護者のいずれかとなります。
- ② この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みの予防接種に限ります。
- ③ 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。
- ④ 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。