様式第１号（第６条関係）

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定申請書

　　年　　月　　日

久喜市長　あて

申請者（保護者）　　住所

氏名

　　接種対象者との続柄

電話番号（　　　　）　　　　－

　助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、久喜市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第６条の規定により、次のとおり申請します。

　予防接種について必要な情報（疾病等の状況）があるときは、久喜市長が、その情報を医療機関に問い合わせること及び医療機関に提供することに同意します。

　なお、任意接種による予防接種の必要性、効果、効能、安全性及び副反応については、主治医から十分に説明を受け、同意及び承諾しています。

　また、この助成を利用して受けた予防接種は、本人の意思に基づく「任意予防接種」であり、万が一健康被害等が生じた場合の補償内容は、法に基づく「定期予防接種」と異なること及びその健康被害救済の手続きは、自身で独立行政法人医薬品医療機器総合機構に行うことについて、承知しています。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種  対象者 | フリガナ |  | | 生年  月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 | ※申請者と異なるときはご記入ください。 | | | |
| 医療機関  （国内に限る。） | 医療機関名：  所　在　地：  電話番号： | | | | |
| 再接種する予防接種の種類  期・回数  ※該当するものに○をつけてください。  ※その他の場合は、（）内に、予防接種の種類、期・回数を記入してください。 | ヒブ | | 初回（１回目　２回目　３回目）　追加 | | |
| 小児用肺炎球菌 | | 初回（１回目　２回目　３回目）　追加 | | |
| Ｂ型肝炎 | | １回目　２回目　３回目 | | |
| 五種混合 | | 第１期初回（１回目　２回目　３回目）　第１期追加 | | |
| 四種混合 | | 第１期初回（１回目　２回目　３回目）　第１期追加 | | |
| ＢＣＧ | | １回 | | |
| 麻しん風しん混合 | | １回目　２回目 | | |
| 麻しん | | １回目　２回目 | | |
| 風しん | | １回目　２回目 | | |
| 水痘 | | １回目　２回目 | | |
| 日本脳炎 | | 第１期初回（１回目　２回目）　第１期追加　第２期 | | |
| 二種混合 | | 第２期 | | |
| 子宮頸がん | | １回目　２回目　３回目 | | |
| その他（　　　） | | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

　添付書類

　　（１）造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する意見書（様式第２号）

　　（２）母子健康手帳等、造血細胞移植前に受けた定期の予防接種の履歴が確認できるものの写し

　注意事項

　　・助成の対象になる予防接種は、過去に接種を受けた定期の予防接種に限ります。

　　・文書料、抗体検査料等は、助成の対象とはなりません。