

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	年 月 日
	氏名		月日	
	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

- 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）
- 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。