

様式第1号（第4条関係）

合志市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）合志市長

申請者 住 所

氏 名

（接種対象者との続柄）

電話番号

合志市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成要綱第4条の規定により、助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、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、合志市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

接種 対 象 者	住 所	☐ 申請者と同じ ☐ 合志市
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日生（満 歳 ヶ月）
再接種を行う 予防接種の種類 ※該当する予防接種を ○で囲んでください。		・ B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 小児用肺炎球菌 : 初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加 ・ 五種混合 : 1期初回（ 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ）・ 追加 ・ 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 ・ 二種混合 : 2 期 ・ HPV : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ その他（ ）
接種予定医療機関		（医療機関名）
		（住所） （電話番号）
添付書類チェック欄		☐ 主治医意見書（様式第2号） ☐ 定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し等

【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みの予防接種に限ります。
2. 小児用肺炎球菌は6歳未満、五種混合は15歳未満に限ります。
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. この申請により接種対象者として認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。