

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

三豊市長 様

造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用償還払対象認定申請書

再接種に係る費用の償還払の対象認定について、三豊市造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者 住 所 三豊市
氏 名 (続柄)
電話番号

接種対象者	住所	三豊市		
	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者	氏名 (続柄) (電話番号)		住所	※接種対象者と異なる場合のみ記入してください。
希 望 す る 予 防 接 種				
予防接種の種類	回数			接種日における 上限年齢
<input type="checkbox"/> BCG				4歳未満
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			6歳未満
<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			10歳未満
<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加			15歳未満
<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			20歳未満
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			20歳未満
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			20歳未満
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期			20歳未満
<input type="checkbox"/> 二種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期			20歳未満
<input type="checkbox"/> ヒトパピローウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			20歳未満
<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加			20歳未満
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			20歳未満
<input type="checkbox"/> その他				

接種を希望する医療機関

所在地
医療機関名

【添付資料】

- (1) 造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種に関する理由書(様式第2号)
- (2) 母子健康手帳(造血幹細胞移植等を行う前に定期予防接種を受けた履歴を確認することのできるものに限る。)又は当該履歴を確認することのできるもの

【注意事項】

- (1) 助成対象者は、造血幹細胞移植等により、その治療前に接種した予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失をしたため、再接種が必要であると医師に判断されている者です。
- (2) 償還払いの対象となる予防接種は、定期予防接種等で過去に接種を受けた予防接種の再接種に限ります。