別記様式第１号（第６条関係）

尾花沢市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成申請書

年　　月　　日

尾花沢市長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者 | 住　　所 | （〒　　　　-　　　　　） |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | 　　 |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

尾花沢市造血幹細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業実施要綱第６条の規定により、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、尾花沢市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | □ 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） |
| 再接種を行う予防接種の種類※いずれかに○をつけてください | ・ヒ　ブ・小児肺炎球菌・四種混合・三種混合・不活化ポリオ（単独）・二種混合・Ｂ型肝炎・麻しん・風しん（ＭＲ)・水　痘・日本脳炎・子宮頸がん・１価ロタウイルス・５価ロタウイルス | ：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種：１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種：１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種：初回接種（ １回目・２回目・３回目 ）・追加接種：２期：１回目・２回目・３回目：１期・２期：１回目・２回目：１期初回（ １回目・２回目 ）・１期追加・２期：１回目・２回目・３回目：１回目・２回目：１回目・２回目・３回目 |
| 再接種予定日 |  |

**【添付書類】**※添付書類は原則お返ししません。

①　尾花沢市造血幹細胞移植によるワクチン再接種にかかる意見書（別記様式第２号）

②　接種済みの予防接種の記録が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

**【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　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。

③　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。