

菊陽町造血幹細胞移植後の任意予防接種費用補助対象認定申請書

年 月 日

菊陽町長 様

申請者 住所 _____
 氏名 _____ 印 _____
 (接種対象者との続柄 _____)
 電話 _____ - _____

菊陽町造血幹細胞移植等の任意予防接種費用補助金交付要綱第6条の規定により、補助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、菊陽町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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 菊陽町
	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・ ヒブ感染症 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 小児肺炎球菌 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 ・ 不活化ポリオ（単独）: 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） _____ - _____	
接種予定日	年 月 日	
添付書類チェック欄	<input type="checkbox"/> 主治医意見書（別記様式第2号） <input type="checkbox"/> 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 ヒブ感染症は10歳未満、小児肺炎球菌は6歳未満、四種混合は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となりません。