

様式第1号(第6条関係)

粕屋町造血細胞移植後予防接種費用助成対象者認定申請書

年 月 日

粕屋町長 様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

※被接種者との関係 _____

T E L _____

粕屋町造血細胞移植後予防接種再接種費用助成事業実施要綱に基づく補助対象者の認定を受けたいので、同要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

○被接種者

住 所	□上記申請者住所と同じ 糟屋郡粕屋町		
ふりがな			
氏 名			
性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日

○予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

予防接種の種類	B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ヒブ : 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 二種混合 : 2期 不活化ポリオ: 初回(1回目・2回目・3回目) ・ 追加 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 BCG : 1回 子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 その他 ()
※いずれかに○をつけてください	
接種予定医療機関	

○添付書類

- (1) 被接種者の本人の健康保険証など、本人が確認できる公的な書類
- (2) 粕屋町造血細胞移植後予防接種費用助成対象者認定に係る意見書(様式第2号)
- (3) 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの

【注意事項】

- ・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の予防接種に限ります。
- ・この申請による予防接種は、任意接種となります。
- ・各種接種費用が上限額を超えない場合は領収金額と同額を助成し、上限額を超えた分は、自己負担となります。