

造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書

加須市長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄( )

電話番号 \_\_\_\_\_

加須市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。なお、私はこの申請に係る審査に当たり、確認が必要な場合には、市が、被接種者が再接種を実施した医療機関から、当該被接種者に係る個人情報の提供を受けることに同意します。

被接種者	住 所	加須市		
	(フリガナ)	( )		
	氏 名	性別( )		
	生年月日	年 月 日	(満 歳 箇月)	
申請理由		疾患名 理由 造血細胞移植(骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植)を受けたため		
接種医療機関	医療機関名			
	所在地			
	電話番号			
予防接種名 (回数)	接種年月日	予防接種料金	助成上限額	申請額
( 回目)	年 月 日	円	円	円
( 回目)	年 月 日	円	円	円
( 回目)	年 月 日	円	円	円
( 回目)	年 月 日	円	円	円
( 回目)	年 月 日	円	円	円
助成金交付申請額				円

注)申請書には次の書類を添付してください。

- ① 造血細胞移植後予防接種ワクチン再接種費用助成金交付に係る理由書
- ② 母子健康手帳(造血細胞移植を受ける以前の予防接種の履歴が確認できること)又は当該履歴が確認できるものの写し
- ③ 再接種に使用した予防接種予診票又は再接種を受けたことを証する書類(母子健康手帳又は予防接種の記録)
- ④ 接種した医療機関が発行した再接種の費用を支払ったことを証する書類(原本)