

村山市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

村山市長 あて

申請者 住 所 村山市

氏 名 ㊟

被接種者との続柄 ()

電話番号

村山市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて次の通り申請します。また、申請の認定をする上で必要な情報がある場合は、この申請に係る住民基本台帳及び医療機関等における情報について確認をすることに同意します。

| | | | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------|-------|
| 被接種者 | フリガナ | | 生年月日 | 平成・令和 |
| | 氏名 | | | 年 月 日 |
| | 住所 | <input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ | | |
| 接種予定医療機関名 | | | | |
| 再接種を希望する 予防接種の種類 ※該当する項目に チェック及び○を つけてください | <input type="checkbox"/> 五種混合 | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 | | |
| | <input type="checkbox"/> 三種混合 | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 | | |
| | <input type="checkbox"/> 二種混合 | 2期 | | |
| | <input type="checkbox"/> ヒブ | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 | | |
| | <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 | | |
| | <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん | 1期・2期 | | |
| | <input type="checkbox"/> 麻しん | 1期・2期 | | |
| | <input type="checkbox"/> 風しん | 1期・2期 | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | 1期初回（1回目・2回目）・1期追加接種・2期 | | |
| | <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 | | |
| | <input type="checkbox"/> HPV | 1回目・2回目・3回目 | | |
| | <input type="checkbox"/> 水痘 | 1回目・2回目 | | |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | | | |

【添付書類】

- ・村山市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種にかかる意見書(様式第2号)原本
- ・治療前の定期予防接種記録が確認できるもの(母子健康手帳等)の写し

【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みの予防接種に限ります。