

玉名市長 様

申請者 住所
氏名
(接種対象者との続柄)
電話番号

玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

玉名市造血幹細胞移植後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、助成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（疾病状況等）があるときは、玉名市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"/> 玉名市	
	ふりがな	-----	
	氏名		
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
再接種を行う予防接種 (該当する項目にチェック及び○を記入)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	初回(1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	
	<input type="checkbox"/> 5種混合 (DPT-IPV-ヒブ)	初回(1回目・2回目・3回目) ・ 1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期 ・ 2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	初回(1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期	
	<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> HPV	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> その他		
再接種予定医療機関	医療機関名 所在地 電話番号		

【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 BCGは4歳未満、ヒブ感染症は10歳未満、小児肺炎球菌は6歳未満、4種混合と5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、助成の対象になりません。

【提出書類】

- 玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定申請書（様式第1号）
- 玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書（様式第2号）
- 母子健康手帳又はその他造血幹細胞移植以前の定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し