

塩竈市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成金交付申請書

塩竈市長 殿

申請者	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号		被接種者との関係	

塩竈市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり再接種の費用の助成金交付について申請します。また、当該再接種について、市が必要な情報（疾病の状況、税関係情報等）を取得することに同意します。

被接種者	フリガナ		男	生年月日	年 月 日	年齢	歳	
	氏名		女					
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ						
接種予定医療機関		医療機関名						
		住所				電話番号		
再接種を行う 予防接種の種類 ※いずれかに○をつけてください		・四種混合 : 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加接種 ・三種混合 : 1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加接種 ・二種混合 : 2期 ・麻しん・風しん (MR) : 1期・2期 ・日本脳炎 : 1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期 ・不活化ポリオ (単独) : 初回接種 (1回目・2回目・3回目) ・追加接種 ・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目 ・ヒブ : 初回接種 (1回目・2回目・3回目) ・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種 (1回目・2回目・3回目) ・追加接種 ・水痘 : 1回目・2回目 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・その他 ()						
接種予定日								

【添付書類】

- 塩竈市造血幹細胞移植によるワクチン再接種にかかる意見書 (様式第2号)
 - 移植前予防接種の記録が記載されているもの (母子健康手帳等) の写し
 - 市税等の滞納がないことを証明するもの (塩竈市が必要な情報を取得することに同意できない場合)
- ※添付書類は原則お返ししません。

【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。
- 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。
- この申請により費用助成が決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。