

様式第1号（第7条関係）

門真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対象認定申請書

年 月 日

門真市長（氏 名）様

申請者 住所

氏名

電話番号

被接種者との続柄（ ）

門真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事業実施要綱第7条第1項の規定により、助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

接種対象者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日生
	住 所		
再度予防接種を受ける理由		造血細胞移植により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できなくなったため	
接種する医療機関		所在地 名称 電話番号	
予防接種の種類 ※接種を希望するものに○をつけてください。 合計（ ）種類		・ B C G ・ ヒブ 初回（1・2・3）・追加 ・ 小児用肺炎球菌 初回（1・2・3）・追加 ・ B型肝炎 1・2・3 ・ 五種混合 1期初回（1・2・3）・追加 ・ 四種混合 1期初回（1・2・3）・追加 ・ 二種混合 ・ 不活化ポリオ 初回（1・2・3）・追加 ・ 日本脳炎 1期初回（1・2）・1期追加・2期 ・ 麻しん・風しん混合 1期・2期 ・ 水痘 1・2 ・ 子宮頸がん予防 1・2・3	

添付書類 (1) 門真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の対象者認定に係る理由書（様式第2号）

(2) 造血細胞移植の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

※注意

(1) 助成の対象となる予防接種は、次に掲げるものに限ります。

ア 過去に定期予防接種として接種済の予防接種であること。

イ 被接種者が20歳に達する日までに接種するものであること。ただし、次の予防接種には年齢制限があります。【五種混合・四種混合】15歳未満・【B C G】4歳未満・【ヒブ】10歳未満・【小児用肺炎球菌】6歳未満

(2) 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。

(3) この申請により費用助成対象として認定される前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。