

年 月 日

田辺市長 宛て

田辺市造血細胞移植後の定期外予防接種費用助成対象認定申請書

申請者

住所 田辺市

氏名

印

接種者との続柄（ ）

電話

田辺市造血細胞移植後の定期外予防接種費用助成事業実施要綱第4条第1項の規定に基づき、助成金の交付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。

なお、予防接種の効果及び副反応等については、医師より十分な説明を受けています。

被 接 種 者	住 所	田辺市		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名		電 話	
接種予定医療機関				

該当する予防接種にチェックし、回数を○で囲んでください。

予防接種の種類	回数
<input type="checkbox"/> 四種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
<input type="checkbox"/> 三種混合	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1 期初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 1 期追加
<input type="checkbox"/> 二種混合	2 期
<input type="checkbox"/> MR	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 ・ 2 期
<input type="checkbox"/> B C G	
<input type="checkbox"/> H i b 感染症	初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 追加
<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回（1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目） ・ 追加
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	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

関係書類

- ・ 田辺市造血細胞移植後の定期外予防接種費用助成対象認定に係る主治医意見書
(様式第2号)
- ・ 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の接種歴が確認できるもの

注1 申請者欄には、助成対象者（被接種者又はその保護者等）の氏名を記載してください。

注2 この申請により助成対象認定される前に接種した場合、助成の対象となりません。

注3 接種を受ける日において、20歳未満である予防接種が助成対象となります。

注4 この申請により接種する予防接種は、予防接種法に基づく定期の予防接種ではなく、任意の予防接種となります。健康被害が接種を受けたことによるものと認められた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構が実施する医薬品副作用被害救済制度があります。