

様式第1号（第5条関係）

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者認定申請書

朝倉市長

年 月 日

申請者 住所  
氏名  
電話番号（ ） —  
被接種者との続柄（ ）

朝倉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に基づく助成対象者の認定を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、予防接種に必要な情報（疾病等の状況等）があるときはその情報を医療機関に問い合わせることに同意します。

また、この予防接種は本人（保護者）の意思による「任意予防接種」であり予防接種の必要性、効果、安全性及び副反応については主治医から十分に説明を受け同意及び承諾をしています。健康被害が生じた場合は自身で独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく被害救済制度の手続きを行うことについて承知しています。

記

1 被接種者

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ		

2 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

接種予定医療機関	医療機関名：
	所在地：
	電話番号：

### 3 希望する予防接種の種類

予 防 接 種 の 種 類	※希望する予防接種を○で囲んでください。	
	B型肝炎	: 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
	小児用肺炎球菌	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	四種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	三種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	不活化ポリオ	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	二種混合	: 2期
	BCG	: 1回
	MR	: 1期・2期
	水痘	: 1回目・2回目
	日本脳炎	: 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目

#### 【添付書類】

- (1) 朝倉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に関する理由書
- (2) 母子健康手帳等（造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）

#### 【注意事項】

- (1) 助成の対象となる予防接種は造血細胞移植前に受けた定期予防接種に限ります。
- (2) 文書料等は助成の対象とはなりません。