様式第1号（第６条関係）

**苅田町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**

(提出先)苅田町長

　苅田町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の認定を受けたいので，下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | |
| 申請者(保護者) | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 電話番号 | ―　　　　― | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 | 苅田町 | | | 被接種者との続柄 |  |
| 被接種者 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| 氏　名 |  | |
| 住　所 | 苅田町  ※申請者と異なる場合のみ記入してください。 | | | | |
| 再接種を受ける  医療機関名 | |  | | | | |
| 予防接種の種類等 | | **※該当するものに〇を付けてください。** | | | | |
| ヒブ(Hib) | 初回(１回目・２回目・３回目)・追加 | | | |
| 小児用肺炎球菌 | 初回(１回目・２回目・３回目)・追加 | | | |
| Ｂ型肝炎 | １回目・２回目・３回目 | | | |
| ４種混合(DPT-IPV) | 第１期初回(１回目・２回目・３回目)・第１期追加 | | | |
| ３種混合(DPT) | 第１期初回(１回目・２回目・３回目)・第１期追加 | | | |
| 不活性ポリオ(IPV) | 初回(１回目・２回目・３回目)・追加 | | | |
| ＢＣＧ | １回 | | | |
| 麻しん風しん混合(MR) | 第１期・第２期・第３期・第４期 | | | |
| 麻しん | 第１期・第２期・第３期・第４期 | | | |
| 風しん | 第１期・第２期・第３期・第４期 | | | |
| 水痘 | １回目・２回目 | | | |
| 日本脳炎 | 第１期初回(１回目・２回目)・第１期追加・第２期 | | | |
| ２種混合(DT) | 第２期 | | | |
| 子宮頸がん(HPV) | １回目・２回目・３回目 | | | |

**＜添付書類＞**

・苅田町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に係る意見書(様式第2号)

・定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の定期予防接種の記録を証する書類

**＜注意事項＞**

1　助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。

2　助成対象の認定前に接種を受けた予防接種については、助成の対象外となります。

**3　本申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。**