

年 月 日

尾道市長 様

申請者

住所 尾道市

氏名

電話番号

※日中に連絡がつく電話番号を記入してください。

被接種者との続柄（ ）

造血幹細胞移植後等の再接種費支給認定申請書

標記の件について、尾道市造血幹細胞移植後等の再接種費支給要綱に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、審査に当たり必要な情報について、医療機関等に問合せすることに同意します。

被接種者	(ふりがな) 氏 名	()	生年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)	
	現住所	〒 尾道市			
	・ B型肝炎 ・ 小児肺炎球菌 ・ ヒブ ・ 四種混合 ・ 五種混合 ・ B C G ・ 麻しん風しん混合 ・ 水痘 ・ 日本脳炎 ・ 二種混合 ・ 子宮頸がん（サーバリックス・ガーダシル） ・ 子宮頸がん（シルガード9） ・ その他（ ）	1回目・2回目・3回目 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 1期・2期 1回目・2回目 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 1回目・2回目・3回目 1回目・2回目・3回目	20歳未満 6歳未満 10歳未満 15歳未満 15歳未満 4歳未満 20歳未満 20歳未満 20歳未満 20歳未満 20歳未満 20歳未満		
依頼する 医療機関	名称				
	所在地				

※支給の対象となる予防接種は、定期接種として過去に接種を受けたものに限りません。

予防接種の種類ごとに再接種費を支給できる年齢が異なりますので、ご確認ください。

※この申請により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。

※再接種を行う予防接種は任意接種となります。

※次の書類も併せて提出してください。

☐ 造血幹細胞移植後等の再接種費支給認定に係る医師意見書

（注意：医師意見書の発行に係る費用は、被接種者又は保護者の負担となります。）

☐ 造血幹細胞移植手術等の前に受けた定期接種の履歴が確認できるもの（親子（母子）健康手帳の写し等）