

別記

様式第 1 号（第 5 条関係）

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

海田町長 様

造血細胞移植等後のワクチン再接種費用の助成について、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、海田町がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

(ふりがな)				
申請者氏名 (保護者等)				
連絡先	()	—	受ける人との続柄	
住 所 (住民票所在地)	〒 —			
(ふりがな)				
受ける人の 氏 名				
生 年 月 日	年 月 日 (満 歳 か月)		性別	男・女
受ける人の 住 所	〒 — 安芸郡海田町		※申請者と同じ場合は記入不要	
移植、抗がん剤 治療等を受けた 医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書（別記様式第 2 号） <input type="checkbox"/> 予防接種歴が確認できる書類の写し等			

【注意事項】

- ・ 助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・ 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。
- ・ この申請により認定通知書を受理する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。