

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

瑞浪市長様

瑞浪市造血幹細胞移植等による予防接種の再接種費用助成事業対象認定申請書

瑞浪市造血幹細胞移植等による予防接種の再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給対象となるため認定を受けたいので、次のとおり添付書類とともに申請します。

なお、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、瑞浪市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供すること並びに認定審査のため、接種対象者に関する住民基本台帳を担当職員が閲覧することに同意します。

申請者	氏名	フリガナ	性別	接種対象者との続柄
			男・女	
	住所		連絡先電話番号	
接種対象者	氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
				( 歳 カ月)
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ		
再接種を行う予防接種の種類				
再接種予定医療機関	医療機関名			
	住 所	電話番号		
再接種予定日				

添付書類

- (1) 造血幹細胞移植等により、接種済の定期予防接種の効果が期待できない旨及び再接種の対象となる予防接種名等が記載された医師の診断書又は瑞浪市造血幹細胞移植等による予防接種の再接種費用助成に関する理由書（様式第2号）
- (2) 造血幹細胞移植等を受ける以前の接種対象者の定期予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）
- (3) その他市長が必要と認める書類

注意事項

- ・助成の対象となるのは過去に定期接種として接種済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になります。
- ・この申請により助成が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。