

多賀城市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成申請書

多賀城市長 殿

申請者	住所	(〒 - )		
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号		被接種者との関係	

多賀城市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第8条に基づき、次のとおり予防接種の再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況、税情報等）がある場合は、多賀城市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ	
接種予定医療機関		(医療機関名)	
		(住所)	(電話番号)
再接種を行う 予防接種の種類	・ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ※いずれかに○をつけてください ・三種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・不活化ポリオ（単独） : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種 ・二種混合 : 2期 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・麻しん・風しん（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 ・その他（ ）		
接種予定日			

【添付書類】

- ① 多賀城市造血幹細胞移植によるワクチン再接種にかかる意見書（様式第2号）
- ② 接種済みの予防接種の記録が確認できるものの写し（母子健康手帳等）

※添付書類は原則お返ししません。

【注意事項】

- ① 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② 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。
- ③ この申請により費用助成が決定する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。