

様式第1号（第5条関係）

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象認定申請書

須恵町長

年 月 日

申請者 住所 糟屋郡須恵町大字

氏名

電話番号（ ）

—

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱に基づく補助対象者の認定を受けたいので、同要綱第5条第1項の規定により下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 被接種者

|            |             |      |       |
|------------|-------------|------|-------|
| ふりがな<br>氏名 |             | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所         | □上記申請者住所と同じ |      |       |

2 予防接種の種類及び予防接種を受ける医療機関

|          |                      |                        |
|----------|----------------------|------------------------|
| 予防接種の種類  | ※希望する予防接種を○で囲んでください。 |                        |
|          | B型肝炎                 | 1回目・2回目・3回目            |
|          | ヒブ                   | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加   |
|          | 小児用肺炎球菌              | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加   |
|          | 四種混合                 | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 |
|          | 三種混合                 | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 |
|          | 不活化ポリオ               | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加   |
|          | 二種混合                 | 2期                     |
|          | BCG                  | 1回                     |
|          | 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          |                        |
| 接種予定医療機関 |                      |                        |

3 添付書類

- (1) 健康保険証（被接種者）など本人が確認できる公的な書類
- (2) 須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書（様式第2号）
- (3) 母子健康手帳など造血細胞移植前の定期予防接種の履歴が確認できるもの

須恵町長

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象者認定に係る意見書

下記の者について、造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植又は臍帯血移植）に起因する接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

記

| 氏名        | 生年月日                                                                      | 年 月 日                  |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 再接種が必要な理由 | (疾病の名称)<br><br>(治療の内容)                                                    |                        |
| 予防接種の種類   | ※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。                                               |                        |
|           | B型肝炎                                                                      | 1回目・2回目・3回目            |
|           | ヒブ                                                                        | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加   |
|           | 小児用肺炎球菌                                                                   | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加   |
|           | 四種混合                                                                      | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 |
|           | 三種混合                                                                      | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 |
|           | 不活化ポリオ                                                                    | 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加   |
|           | 二種混合                                                                      | 2期                     |
|           | BCG                                                                       | 1回                     |
|           | 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            |
| 医療機関      | 医療機関名<br>医療機関所在地<br>電話番号<br><br>医師氏名 <span style="float: right;">㊞</span> |                        |

※意見書作成に係る注意事項

- (1) この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります（補助対象外）。
- (2) ご記入いただいた内容につきまして、須恵町の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします
- (3) 補助の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。

第 号  
年 月 日

様

須恵町長

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象認定通知書

年 月 日付けで申請がありました須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業について、下記のとおり交付を決定しましたので、須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条第2項の規定により通知します。

記

|                                              |      |       |
|----------------------------------------------|------|-------|
| 氏名<br><small>がな</small><br><small>かり</small> | 生年月日 | 年 月 日 |
| 住所                                           |      |       |
| 認定する<br>予防接種                                 |      |       |

注意事項

- (1) この通知書は、上記の予防接種を受ける際に医療機関に提示してください。
- (2) 接種日において被接種者が須恵町に居住していない場合又は住民登録がない場合は、補助の対象となりません。
- (3) 当該予防接種の実施に起因する健康被害が生じた場合は、医薬品の副作用による健康被害として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく「医薬品副作用被害救済制度」が適用されます。
- (4) 接種に係る費用は、一旦は被接種者の負担となりますので、医療機関に支払った後、須恵町予防健診課に申請してください。

様

須恵町長

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成対象不認定通知書

年 月 日付けで申請がありました須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業について、下記の理由により不認定としましたので、須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条第3項の規定により通知します。

記

不認定決定理由

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 須恵町長

申請者 住所  
氏名 印  
電話番号 ( )

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第7条に基づき、次のとおり申請（請求）します。

記

1 被接種者

|    |      |       |
|----|------|-------|
| 氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |
|----|------|-------|

2 接種の種類及び交付申請額

※太枠は町で記入します。

| 種類  | 接種日   | 接種費用 | 上限額 | 申請額 |
|-----|-------|------|-----|-----|
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
|     | 年 月 日 | 円    | 円   | 円   |
| 合 計 |       |      |     | 円   |

3 助成金振込先（申請者と同名義）

| 金融機関              | 支店名           | 貯金種目 |
|-------------------|---------------|------|
| 銀行                | 支店            | 1：普通 |
| 信用組合・農協           | 本店            | 2：当座 |
| 口座番号（右詰で書いてください。） | 名義人<br>(フリガナ) |      |
|                   |               |      |

4 添付書類

- (1) 健康保険証（被接種者）など本人が確認できる公的な書類
- (2) 領収書、予防接種済証など医療機関での接種日、接種ワクチン、支払金額が確認できる書類
- (3) 振込先金融機関口座が確認できる書類

第 号  
年 月 日

様

須恵町長

須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成金交付（不交付）決定通知書

年 月 日付けで申請がありました助成金の交付について、須恵町造血細胞移植後の任意予防接種費用助成事業実施要綱第8条の規定により下記のとおり決定しましたので、同要綱第8条第2項の規定により通知します。

記

- 1 申請者
- 2 被接種者（補助認定者）
- 3 交付決定額 円
- 4 振込予定日 年 月 日