様式第１号（第６条関係）

　　年　　月　　日

日向市長　様

　　　　　　　　　　　申請者（保護者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 氏名 | 被接種者との続柄（　　） |
| 連絡先 |  |

**日向市造血幹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**

　日向市造血幹細胞移植等後のワクチン再接種に係る費用の助成認定について、下記のとおり申請します。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、日向市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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 〒  日向市 |
| ふりがな  氏名 |  |
|  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 予防接種実施予定  医療機関名 | | 名　称：  所在地：  連絡先： |
| 移植等を受けた  医療機関名 | | 名　称：  所在地：  連絡先： |

【添付書類】

　□主治医の意見書（様式第２号）

　□母子手帳の写し又はその他造血幹細胞移植前の定期接種歴が確認できる書類

【注意】

１　再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、過去に定期接種として接種済み

の予防接種の種類のみとなります。

２　再接種の初回実施日における年齢が20歳未満で本市に住所を有する方が対象です。

３　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。健康被害が生じた場合

は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による救済の対象となります。