

豊前市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成
対象認定申請書

年 月 日

豊前市長 殿

申請者 住 所 豊前市 _____
氏 名 _____
電 話 _____

豊前市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条第1項の規定に
基づく助成対象者の認定を受けたいので、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)		生年月日	年 月 日	性別	男・女
氏 名					
住 所	〒 _____ 豊前市 _____ <input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ				

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
	五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	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
	不活性ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加
	二種混合	2期
	B C G	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・3回目）・1期追加
	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) 豊前市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金対象認定に係る意見書
- (2) 母子手帳など造血細胞移植前の予防接種の履歴が確認できるもの

豊前市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成
対象認定に係る意見書

年 月 日

豊前市長 殿

下記の者については、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種により得られた免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると判断します。

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

(ふりがな)			
被接種者 氏 名			
生年月日	年 月 日	性 別	男・女
受ける人の 住 所	豊前市		
再接種が必要な 理由	(疾病の名称) (治療の内容等)		
再接種が必要と 判断する予防接種 ※○をつけて 下さい	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	
	五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	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	
	不活性ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加	
	二種混合	2期	
	B C G	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・3回目）・1期追加	
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
医療機関	医療機関名 所在地 電話番号 医師署名又は記名押印		

※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、申請者の負担となります。（補助対象外）
2. この意見書の内容について、豊前市の担当課より個別に照会を行う場合があります。
3. 補助の対象となる予防接種は、過去に受けた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。