

笛吹市長 様

造血幹細胞移植後予防接種補助金交付申請書

申請者(保護者) 住所 _____
 氏名 _____
 接種対象者との続柄 _____
 電話番号() _____

補助金の交付対象となるため、笛吹市造血幹細胞移植後予防接種補助金交付要綱第4条の規定により、次のとおり申請します。
 要件の該当性を審査するため、市が必要な住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うこと及び接種の妥当性を必要に応じて医療機関に問い合わせることに同意します。

なお、任意接種による予防接種の必要性、効果、効能、安全性及び副反応については、主治医から十分説明を受け、同意及び承諾しています。

また、この補助を利用して受けた予防接種は、「任意予防接種」であり、万が一健康被害等が生じた場合の補償内容は、法に基づく「定期予防接種」と異なること及びその健康被害救済の手続きは、自身で独立行政法人医薬品医療機器総合機構を行うことについて、承知しています。

申請額		円		
接種対象者	フリガナ		生年 年 月 日	
	氏名			
	住所	※申請者と異なるときはご記入ください。		
医療機関 (国内に限る。)	医療機関名 所在地 電話番号			
接種する 予防接種 の種類・ 回数・接 種1回当 たり補助 上限額	三種混合	1回目 2回目 3回目	4,600円	
	四種混合	1回目 2回目 3回目(15歳未満に限る。)	13,500円	
	五種混合	1回目 2回目 3回目(15歳未満に限る。)	23,900円	
	不活化ポリオ	1回目 2回目 3回目	8,900円	
	ヒブ	1回目 2回目 3回目(10歳未満に限る。)	10,400円	
	小児肺炎球菌	1回目 2回目 3回目	10,900円	
	麻しん	1回目 2回目	12,400円	
	風しん	1回目 2回目	12,400円	
	麻しん・風しん混合(MR)	1回目 2回目	12,400円	
	水痘	1回目 2回目	8,600円	
	※該当するものに○をつけてください。	日本脳炎	1回目 2回目 3回目	7,100円
		B型肝炎	1回目 2回目 3回目	5,200円
		ヒトパピローマウイルス感染症	1回目 2回目 3回目(女性に限る。)	29,600円
		高齢者肺炎球菌	1回目	9,100円
		インフルエンザ	1回目 2回目(2回目については、13歳未満又は造血幹細胞移植後、最初の冬前に限る。)	4,000円
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	1回目 2回目	7,100円	

添付書類 1 造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書(様式第2号)の写し
 2 母子健康手帳等、造血幹細胞移植前に受けた定期の予防接種の履歴が確認できるものの写し
 注意事項 文書料、抗体検査料等は、補助の対象とはなりません。