

様式第1号（第6条関係）

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金支給申請書（請求書）

年 月 日

日置市長 様

申請（請求）者 住所  
氏名 ⑩  
対象者との続柄（ ）  
電話番号

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金の支給を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請（請求）します。

対 象 者	住 所	□申請者と同じ	
	氏 名	□申請者と同じ	
	生年月日	年 月 日	（ 歳）
接種した予防接種		接種年月日	接種に要した費用
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円
支給申請額			円
振 込 先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協 漁協・信漁連 その他（ ）	本店・支店 本所・支所 出張所・本店営業部 その他（ ） ※ゆうちょ銀行の場合は、3桁の店番を記入
	預金種別	普通・当座 その他（ ）	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
<p>※口座名義人が申請者と異なる場合 助成金の受領に関することを次の者に委任します。 受任者 住所 氏名 ⑩ 申請者との続柄：</p>			

関係書類

- 1 造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に係る意見書
- 2 領収書
- 3 母子健康手帳その他定期の予防接種に係る接種履歴を確認できる書類
- 4 振込先を確認できる通帳、キャッシュカード等の写し

様式第2号（第6条関係）

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に係る意見書

年 月 日

日置市長 様

医療機関 所在地  
名称  
医師名

次の者は、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンで得た免疫の低下又は消失の可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められます。

接種対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
疾病名		
移植日		年 月 日
接種が可能となった日		年 月 日
再接種が必要な 予防接種の種類  ※該当するものにチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん  <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘  <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎  <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん  <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合	

様式第3号（第7条関係）

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金支給決定（却下）通知書

第 号

年 月 日

様

日置市長

印

年 月 日付けで申請のあった造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金の支給については、次のとおり（支給することに決定・申請を却下）しました。

1 助成金の額 金 円

2 （却下の場合）その理由