

## 予防接種再接種費用補助金交付申請及び実績報告書

和泉市長 あて

|     |      |  |              |  |
|-----|------|--|--------------|--|
| 申請者 | 住所   |  |              |  |
|     | 氏名   |  |              |  |
|     | 電話番号 |  | 被接種者との<br>続柄 |  |

和泉市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり、必要書類を添えて、補助金の交付を申請します。

※太枠のみご記入ください

|           |   |             |        |               |
|-----------|---|-------------|--------|---------------|
| 被接種者      | (フリガナ)<br>氏名  |             | 生年月日   | 年 月 日 ( 歳 か月) |
|           | 住所  | □上記申請者住所と同じ |        |               |
| 予防接種の種類   | ① 小児用肺炎球菌 : 初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種<br>② ヒブ : 初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種<br>③ BCG<br>④ B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目<br>⑤ 水痘 : 1回目・2回目<br>⑥ 4種混合 : 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加<br>⑦ 3種混合 : 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加<br>⑧ 不活化ポリオ : 初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種<br>⑨ 2種混合 : 第一期・第二期<br>⑩ 子宮頸がん予防 : 1回目・2回目・3回目<br>⑪ 麻しん風しん混合 (MR) : 1期・2期<br>⑫ 麻しん : 1期・2期<br>⑬ 風しん : 1期・2期<br>⑭ 日本脳炎 : 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期 |             |        |               |
| 予防接種の種類番号 | 接種日 (接種時年齢)   | 接種費用        | 補助金交付額 |               |
|           | 年 月 日 ( 歳 か月)   | 円           | 円      |               |
|           | 年 月 日 ( 歳 か月)   | 円           | 円      |               |
|           | 年 月 日 ( 歳 か月)   | 円           | 円      |               |
|           | 年 月 日 ( 歳 か月)   | 円           | 円      |               |
|           | 年 月 日 ( 歳 か月)   | 円           | 円      |               |
| 合 計       |   | 円           | 円      |               |
| 接種医療機関    | 名称  |             |        |               |
|           | 所在地   |             |        |               |
|           | 電話番号  | ( ) -       |        |               |

**[必要書類]**

- ① 医師の意見書 (様式第2号)
  - ② 医療機関が発行した領収書・明細書の原本と写し (原本は返却します)。
  - ③ 定期予防接種を接種したことが確認できるもの。【母子健康手帳の写し、予防接種予診票等】
- ※申請内容について医療機関に確認させていただくことがあります。**

**[申請方法]** : この申請書と必要書類を保健センターへご提出ください。(郵送可)

医師の意見書

和泉市長 あて

下記の者は造血細胞移植により、既に接種した定期予防接種の免疫が低下または消失したため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

|                        |   |
|------------------------|---|
| フリガナ                   |   |
| 被接種者氏名                 |   |
| 生年月日・年齢                | 年 月 日生（歳 か月）  |
| 住 所                    | 和泉市   |
| 再接種が必要となった<br>疾病名と治療内容 | 疾病名<br>治療内容   |
| 移植日                    | 年 月 日   |
| 上記疾病の治療期間              | 年 月 日 ～ 年 月 日   |
| 疾病から回復し、接種可能<br>となった日  | 年 月 日   |
| 再接種が必要な予防<br>接種の種類と回数  | ①小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種<br>②ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種<br>③BCG<br>④B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目<br>⑤水痘 : 1回目・2回目<br>⑥4種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加<br>⑦3種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加<br>⑧不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種<br>⑨2種混合 : 第一期・第二期<br>⑩子宮頸がん予防 : 1回目・2回目・3回目<br>⑪麻しん風しん混合（MR）: 1期・2期<br>⑫麻しん : 1期・2期<br>⑬風しん : 1期・2期<br>⑭日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 |

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

和 泉 市 長 あて

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 \_\_\_\_\_

### 予防接種再接種費用補助金交付請求書

年 月 日付け和泉健第 号により交付決定を受けた予防接種再接種費用補助金について、和泉市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助金交付要綱第7条第1項の規定により補助金の交付を請求します。

補助金の請求額 \_\_\_\_\_ 円

再接種を受けた者 \_\_\_\_\_

なお、補助金は次の口座へ振り込み願います。

|      |      |  |
|------|------|--|
| 振込口座 | フリガナ |  |
|      | 口座名義 |  |
|      | 金融機関 |  |
|      | 支店名  |  |
|      | 預金種目 |  |
|      | 口座番号 |  |

※申請者と口座名義人が異なる場合は委任状が必要となります。