

様式第 1 号（第 6 条関係）

駒ヶ根市造血細胞移植後のワクチン再接種費用補助対象認定申請書

年 月 日

（宛先）駒ヶ根市長
（子ども課）

（申請者）（本人又は保護者）

住 所

氏 名

印

電 話

接種対象者との続柄

駒ヶ根市造血細胞移植後のワクチン再接種費用補助事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき補助金の交付対象となるための認定を受けたいので申請します。

接 種 対 象 者	（ふりがな） 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	□上記申請者と同じ		
ワクチン再接種を受ける医療機関名				
再接種が必要なワクチンの種類等	ヒブ	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
	五種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	四種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	二種混合	2 期		
	不活化ポリオ	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	麻しん風しん混合	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）・1 期追加・2 期		
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目		
	B C G	1 回目		
	その他（ ）			

添付書類

- 1 駒ヶ根市造血細胞移植後のワクチン再接種費用補助対象認定に係る意見書（様式第 2 号）
- 2 母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し

<注意事項>

補助の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。また、接種対象者が 20 歳に達するまでに接種するものに限ります。ただし、次の予防接種には年齢制限があります。小児用肺炎球菌は 6 歳未満、ヒブは 10 歳未満、五種混合及び四種混合は 15 歳未満、B C G は 4 歳未満です。