

様式第 1 号（第 7 条関係）

宮代町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定申請書

年 月 日

宮代町長

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

宮代町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 6 条の規定に基づき、助成金の支給対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

予防接種について必要な情報（疾病等の状況）があるときは、宮代町長が、その情報を医療機関に問い合わせること及び医療機関に提供す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、主治医から十分に説明を受け、同意及び承諾しています。

また、この助成を利用して受けた予防接種は、本人の意思に基づく「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に行うことについて、承知しています。

接種対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	※申請者と異なるときはご記入ください。		
接種予定医療機関	医療機関名： 所在地： 電話番号：			
再接種する予防接種	宮代町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認定に関する医師の意見書（様式第 2 号）のとおりとする。			

【添付書類】

- （1） 宮代町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認定に関する意見書（様式第 2 号）
- （2） 母子健康手帳、造血細胞移植前に受けた定期の予防接種履歴が確認できるものの写し

【注意事項】

- ・ 助成の対象になる予防接種は、過去に接種を受けた定期の予防接種に限ります。
- ・ 文書料、抗体価検査料等は、助成の対象とはなりません。