

観音寺市長 宛て

造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用償還払対象認定申請書

造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用に係る償還払いについて、観音寺市造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成実施要綱第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	住 所	観音寺市
	フリガナ氏名	(接種対象者との続柄)
	電話番号	

接種対象者 (予防接種を受ける人)	住 所	観音寺市
	フリガナ氏名	
	生年月日	(満 歳 か月)
希望する 予防接種 の種類		
接種を希望 する医療機関	医療機関名	
	電話番号	
備 考		

【添付資料】

- (1) 造血幹細胞移植等の治療後における予防接種の再接種に関する理由書(様式第2号)
- (2) 造血幹細胞移植等の前に受けた定期予防接種の履歴が確認できるもの(母子健康手帳等の写し)

【注意事項】

- (1) 接種対象者は、造血幹細胞移植等により、その治療前に受けた定期接種予防接種の予防効果が期待できないと治療医等に判断された者です。
- (2) 償還払いの対象となる予防接種は、定期予防接種等で過去に接種を受けた予防接種の再接種に限ります。
- (3) 今回の接種は任意接種となります。
- (4) 今回の予防接種によって健康被害が生じた場合、独立行政法人医薬品医療機器総合機構における救済制度の手続を行うことができます。