

福島市造血幹細胞移植その他の理由による再接種費用助成認定申請書

福島市長

申請者 住 所

氏 名

(被接種者との関係：)

電話番号

再度、任意で予防接種を受けるにあたり、費用助成の認定を受けたいので、次のとおり申請します。再接種の必要性及び副反応、(独)医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、了承しています。また、必要な情報（治療内容等）がある場合、福島市が関係機関に問い合わせることに同意します。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)
	住 所	□上記申請者住所と同じ 福島市		
再接種を行う予防接種の種類（該当する予防接種に○）				
B型肝炎		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
ヒブ (Hib)		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
小児用肺炎球菌 (PCV13)		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
四種混合 (DPT-IPV)		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
水痘		1回目 ・ 2回目		
麻しん風しん混合 (MR)		1期 ・ 2期		
二種混合 (DT)		2期		
日本脳炎		1期初回（1回目・2回目）・1期追加 ・ 2期		
ヒトパピローマウイルス (HPV)		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目		
その他				
予防接種実施 予定医療機関				
通知の送付先 住所		□上記申請者住所と同じ		

【添付】

- 福島市造血幹細胞移植その他の理由による再接種費用助成にかかる意見書（様式第2号）
- 母子健康手帳の予防接種の記録の全ページの写し又は造血幹細胞移植等が生じる前の予防接種の履歴が確認できる書類の写しを添付すること。

【注意事項】

1. 助成の対象となる予防接種は、既に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
2. 申請後、福島市から認定通知が届く前に接種した予防接種は助成の対象になりません。