

中央市長 様

中央市造血幹細胞移植後予防接種支援助成金交付申請書兼請求書

助成金の交付を受けたいので、次のことに同意のうえ、中央市造血幹細胞移植後予防接種支援助成金交付要綱第 5 条の規定により関係書類を添えて申請します。

- 助成要件の確認のため、市が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること。
- 市から医療機関に対し、造血幹細胞移植後の医療における予防接種について照会すること。
- 市から県に対し、市の助成実績に係る情報(個人情報を除く。)を提供すること。

申請者	ふりがな		生年月日		
	氏名		年 月 日(歳)		
	住所	〒 電話 ()			
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。				
	ふりがな		生年月日		
	氏名		年 月 日(歳)		
	住所	〒 電話 ()			
要件	助成を申請する予防接種について、定期の予防接種として受けていますか。また、他の制度による助成等を受け、又はその予定がありますか。※「はい」の場合は、助成対象外です。			はい・いいえ	
	ワクチンの種類	接種年月日	接種金額	1回上限額	
1-1	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン(3種混合ワクチン)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	5,780 円	
1-2	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン(4種混合ワクチン)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	10,440 円	
1-3	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルス b 型混合ワクチン(5種混合ワクチン)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	20,090 円	
1-4	不活化ポリオワクチン	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	9,230 円	
1-5	乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン(ヒブワクチン)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	8,150 円	
2-1	沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン(65歳未満)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	11,160 円	
2-2	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン(65歳未満)	1回目： 年 月 日 2回目： 年 月 日 3回目： 年 月 日	円 円 円	11,160 円	

2-3	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン(65 歳以上)	1 回目： 年 月 日	円	5,900 円
3-1	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン(MR ワクチン)	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	円 円	10,140 円 9,310 円
3-2	乾燥弱毒生麻しんワクチン	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	円 円	7,710 円 6,890 円
3-3	乾燥弱毒生風しんワクチン	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	円 円	7,730 円 6,910 円
4-1	乾燥弱毒生水痘ワクチン	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日	円 円	8,900 円
5-1	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日 3 回目： 年 月 日	円 円 円	7,280 円
6-1	組換え沈降 B 型肝炎ワクチン	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日 3 回目： 年 月 日	円 円 円	5,620 円
7-1	組換え沈降 9 価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1 回目： 年 月 日 2 回目： 年 月 日 3 回目： 年 月 日	円 円 円	29,410 円
助成申請額	※ワクチンの種類ごとに、接種 1 回あたりの接種金額と上限額を比較し、いずれか低い方の額に接種回数に乗じて得た額を合計した額 円			
振込先	金融機関名			本・支店名
	預金種別	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			
添付書類	1 造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書(様式第 2 号)			
	2 造血幹細胞移植後予防接種実施記録票(様式第 3 号)			
	3 領収書(被接種者の氏名、予防接種を受けた年月日、予防接種の種類及び金額の記載のあるもの)の写し			
	4 振込口座の確認ができる通帳等の写し			
注意事項	4 種混合ワクチン及び 5 種混合ワクチンの助成は、「15 歳未満」の方が対象となります。			