様式第１号(第５条関係)

年　　月　　日

　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 | 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 | 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23価肺炎球菌結合型ワクチン | 1回目：　　　年　月　日 | 円 | 5,000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2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 | 16,210円 |
| 7-2 | 組換え沈降4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 | 16,210円 |
| 7-3 | 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 | 　円　 | ※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を乗じて得た額を合計した額 |
| 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。 |