

みなかみ町骨髄移植等による定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付申請書

年 月 日

みなかみ町長様

申請者 住 所.....
 氏 名.....
 電話番号.....
 被接種者との関係.....

私は、みなかみ町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、みなかみ町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳による世帯状況、予防接種歴等について町が調査すること。
- 当該助成金の交付決定を受けたときは、当該助成金を予防接種費用として、町が実施医療機関に対し支払いを行うこと。

●被接種者（申請者と同じ場合は※の記入は不要です）

住 所 ※	みなかみ町			
フリガナ氏 名 ※		生年月日		
予 防 接 種 の種類及び回数	※接種する予防接種についてご記入ください			
再接種開始予定日	年 月 日			
接種予定医療機関	所在地	〒 (電話番号)		
	名 称			
医師の理由書(医療機関記入欄)	骨髄移植手術その他の理由により、下記のとおり接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断します。また、再接種を開始しても可能な状態と認められますので、理由書を提出します。なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。			
	疾 病 名			
	特別の理由が生じた日(移植日等)	年 月 日	再接種開始可能と判断された日	年 月 日
	接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由			
	今後再接種を要し、接種可能と判断される予防接種の種類	※回数及び使用ワクチン名をご記入ください		
	医 療 機 関 名 称			
	所 在 地			
主治医医師名(署名または記名押印)				