

紀の川市造血細胞移植等の特別な理由による定期外予防接種費用助成申請書兼請求書

(宛先)

紀の川市長

年 月 日

申請者(保護者)住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号

造血細胞移植等の特別な理由により移植前に接種した定期予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失したことに伴うワクチンの再接種に要する費用の助成を受けるため、必要書類を添えて申請します。
 なお、予防接種の必要性及び副反応については、医師から十分な説明を受けています。

被接種者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	紀の川市	電話番号	
接種医療機関				
振込口座	口座名義	(カナ)		
	銀行等 (ゆうちょ銀行以外)	銀行等 銀 行 庫 協 金 農 協	本店 支店 出張所	
	預金種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行	種別	記号	番号
		総合口座(通常貯金)		

助成を申請する予防接種の種類 (該当する予防接種にチェックし、回数を○で囲んでください。)	自費で支払った金額	助成額 ※市記入欄
<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円 円
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円 円
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	円 円
<input type="checkbox"/> 三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風/DPT)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円 円
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ(IPV)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円 円
<input type="checkbox"/> 四種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・不活化ポリオ/DPT-IPV)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	円 円
<input type="checkbox"/> BCG	1回	円 円
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期	円 円
<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	1回目・2回目	円 円
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期	円 円
<input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア・破傷風/DT)	2期	円 円
<input type="checkbox"/> 子宮けいがん	1回目・2回目・3回目	円 円

必要書類

- ・紀の川市造血細胞移植等の特別な理由による定期外予防接種費用助成に関する医師の理由書(様式第2号)
- ・造血細胞移植等を受ける前の定期予防接種履歴が確認できる書類の写し(母子健康手帳の写しなど)
- ・領収証の原本(被接種者氏名、接種した予防接種の種類、接種医療機関、助成対象予防接種に係る支払金額が記載されているもの)
- ・予防接種予診票又は予防接種済証の写し
- ・振込先金融機関口座が確認できる書類の写し(通帳など)

注1 申請(請求)額は、紀の川市予防接種契約額(接種日時時点の紀の川市と医療機関との予防接種契約額)と接種料金(助成対象者が実際に接種に支出した金額)とのいずれか少ない額となります。

注2 ゆうちょ銀行への振込みは、総合口座の通常貯金のみ可能です。通常、貯蓄貯金への振込みはできません。

注3 この申請により接種する予防接種は、予防接種法に基づく定期の予防接種ではなく、任意の予防接種となります。健康被害が生じた場合で、健康被害が当該予防接種を受けたことに起因するものと認められたときは、医薬品の副作用による健康被害として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく医薬品副作用被害救済制度が適用されます。