

一関市長 様

一関市造血幹細胞移植後の再接種費用助成申請書及び医師の意見書

一関市造血幹細胞移植後の再接種費用助成事業実施要綱に基づき、次のとおり再接種費用の助成を申請します。また、当該再接種について、必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、一関市がその情報を関係機関に問い合わせること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

申請者	住所	一関市			
	(フリガナ)氏名		被接種者との続柄		
被接種者 (予防接種を受ける本人)	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ			
	(フリガナ)氏名		男・女	生年月日	年 月 日
再接種を行う予防接種の種類及び回数 ※いずれかに○をつけてください ※医師と相談の上、決めてください	5種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加			
	2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			
	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期			
	麻しん(単体)・風しん(単体)	1期・2期			
	ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目・2回目・3回目			
	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	小児肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加			
	水痘	1回目・2回目			
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目			
その他 予防接種名及び回数	()				
予定接種医療機関					

【添付書類】造血幹細胞移植を受けるまでの予防接種の接種歴が記載されているもの（母子健康手帳の写し等）

【注意事項】・下記の意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。

・助成の対象となる再接種は、過去に接種済みの定期予防接種に限ります。

・この申請により再接種する予防接種は、任意接種になります。

・この申請により認定通知の交付を受ける前に再接種した場合は、助成の対象となりません。

-----以下、医師記入欄-----

上記の者について、造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種の免疫が低下又は消失したため、再接種する必要があり、この度当該再接種が可能な状態であると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、申請者も了承しています。

疾病の名称	
治療内容 ※該当移植にレ点をつけてください	造血幹細胞移植 (<input type="checkbox"/> 骨髄移植、 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植、 <input type="checkbox"/> 臍帯血移植)
移植日	年 月 日
再接種が可能となった日	年 月 日 (満 歳 か月)
医療機関名	記載年月日 年 月 日
医療機関所在地	
電話番号	医師氏名 ㊟