様式第１号（第６条関係）

安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金交付申請書

　年　　月　　日

　（宛先）安曇野市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との関係　　　　　）

　安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金の交付を受けたいので関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 再接種を希望するワクチンの種類 |  |

（添付書類）

１　安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金に関する主治医意見書（様式第２号）

２　母子健康手帳（ワクチン再接種が必要となる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は当該履歴が確認できるものの写し

裏面

安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金申請者個人情報同意書

　　　　　年　　月　　日付けで申請した安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金申請の利用に必要な範囲において、下記の個人情報を照会・調査・閲覧することに同意します。

記

照会・調査・閲覧する個人情報の内容

・住民基本台帳、税情報及び市税等の滞納情報の有無

・受診医療機関への問い合わせ

・暴力団関係者等に関する警察署への問い合せ

＜署名欄＞

　上記について同意します。

 住　所

 (申請者)氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

備考：世帯の方全員のお名前の記入と押印をお願いします。義務教育を修了していない方は不要です。

様式第２号（第６条関係）

安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業に関する主治医意見書

　小児がん等の治療を目的とした造血細胞移植（自家移植は除く。）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消失した可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められますので意見書を提出します。なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明をしています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 |  |
| 保 護 者 氏 名 |  |
| 再接種が必要な理由（該当移植に○） | 造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植）により、接種済のワクチンの効果が期待できないため |
| 疾　　病　　名 |  |
| 移　　植　　日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 接種が可能となった日 | 　　　　年　　月　　日 |
| 再接種が必要なワクチンの種類 |  |
| 記載年月日　　年　　月　　日医療機関名所在地電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　㊞ |

※注意事項

○本様式は造血細胞移植に係る治療における主治医等、本人の病状を把握し、ワクチン再接種の要否について御判断いただける医師が記入してください。

○意見書の発行に費用が必要な場合及び抗体検査は、助成の対象外となり、申請者の負担となります。

○再接種の予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による救済制度の対象となります。

様式第５号（第７条関係）

安曇野市造血細胞移植後のワクチン再接種費用助成事業補助金実績報告書

　年　　月　　日

　（宛先）安曇野市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との関係　　　　　）

　年　月　日付け　第　号で認定された予防接種について、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

１　被接種者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者氏　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |

２　予防接種

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 予防接種の種類 | 接種日 | 接種医療機関名 | 支払金額（円） |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 合計金額 |  |  |  |

３　添付書類

ワクチン再接種費用の領収書（被接種者の氏名、接種日、ワクチン名、予防接種料金、医療機関名が記載されたもの。）