

阿波市長 宛て

申請者

住所

氏名

被接種者との続柄

電話番号

阿波市骨髄移植等（造血幹細胞移植）後の  
再接種費用助成対象認定申請書

阿波市骨髄移植等（造血幹細胞移植）後の再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

被接種者	住 所	〒 阿波市
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
	電話番号	
接種を希望する 医療機関	所在地	
	医療機関名	
	電話番号	

【確認事項】（同意の場合は、□にチェック☑をしてください。）

- 私たち申請者は、審査に必要な情報（住民基本台帳、納税状況等）の閲覧及び調査に同意します。
- 予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、市長がその情報を関係医療機関等に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

【注意事項】

- ・助成対象者は、骨髄移植等（造血幹細胞移植）後に抗体が低下または消失し、再接種が必要と医師が認める者であること。
- ・助成対象は、過去に定期予防接種として接種した予防接種の再接種に限ります。
- ・この申請により再接種する予防接種は、任意接種であること。
- ・この申請により費用助成対象として認定される前に再接種した場合、助成の対象となりません。

【添付書類】

- 阿波市骨髄移植等（造血幹細胞移植）後の再接種費用助成対象認定の関する医師意見書（様式第2号）
- 母子健康手帳（骨髄移植等の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるもの）又は当該履歴が確認できる書類の写し