

（宛先）山鹿市長

〒  
 申請者 住所： \_\_\_\_\_  
 氏名： \_\_\_\_\_  
 （接種対象者との続柄： \_\_\_\_\_）  
 電話番号： \_\_\_\_\_

山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助対象認定申請書

山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助金交付要領第5条の規定により、補助金の交付の対象となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病に状況等）があるときは、山鹿市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び実施医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 山鹿市
	氏 名	ふりがな
	生年月日	年 月 日 生（満 歳 か月）
再接種を行う 予防接種の種類		
接種予定医療機関		（医療機関名）
		（住 所）
		（電話番号）

【注意事項】

- 1 補助の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- 2 予防接種法施行規則第2条の10の表に掲げる特定疾病に係る予防接種については、それぞれ定められた年齢に達するまでの間の接種に限ります。
- 3 この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- 4 この申請により接種対象者として認定する前に再接種した予防接種は、補助の対象になりません。

【提出書類】（受付者 \_\_\_\_\_）

- 山鹿市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用補助対象認定に係る意見書（様式第2号）
- 母子健康手帳又はその他造血幹細胞移植以前の定期予防接種の履歴が確認できる書類の写し
- 本人確認書類（接種対象者及び申請者）