

様式第 1 号（第 4 条関係）

大月市造血幹細胞移植後予防接種支援事業助成金交付申請書兼請求書

(申請日) 年 月 日

(宛先) 大月市長

次のことに同意のうえ、関係書類を添えて、予防接種費用の助成を申請及び請求します。なお、助成金の交付が決定されましたら、「振込先」の欄に記載する口座に振り込んでください。

- ☐ 助成要件の確認のため、市が住民基本台帳及び個人住民税課税台帳を閲覧すること。
☐ 市から医療機関に対し、造血幹細胞移植後の医療における予防接種について照会すること。
☐ 市から県に対し、市の助成実績に係る情報（個人情報を除く。）を提供すること。

申請者	ふりがな			生年月日	
	氏 名	印		年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 () ※予防接種日と申請日で住所が異なる場合にどちらも記入。			
助成対象者	※助成対象者と申請者が異なる場合のみ記入してください。				
	ふりがな			生年月日	
	氏 名			年 月 日 (歳)	
	住 所	〒 電話 ()			
要件	助成を申請する予防接種について、定期の予防接種として受けていますか。また、他の制度による助成等を受け、又はその予定がありますか。			はい ・ いいえ ※「はい」の場合は、助成対象外です。	
助成申請額 (請求額)	円 ※ワクチンの種類ごとに、接種 1 回あたりの接種金額と上限額を比較し、いずれか低い方の額に接種回数を乗じて得た額を合計した額				
振込先 (申請者の口座)	金融機関名			本支店名	
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	フリガナ				
	口座名義				
添付書類	● (必要に応じて) 造血幹細胞移植後予防接種の要否に関する意見書 (様式第 2 号) ● 造血幹細胞移植後予防接種実施記録票 (様式第 3 号) ● 領収書 (被接種者の氏名、予防接種を受けた年月日、予防接種の種類及び金額の記載のあるもの) ● 助成金の振込を希望する申請者の口座の通帳など (カナ名義及び口座番号を確認できるもの) の写し				
注意事項	ワクチンの薬事承認の適応対象であることが助成の条件となり、薬事承認の変更により、助成対象年齢が変更になることがあります。 薬事承認上、4 種混合ワクチン及び 5 種混合ワクチンの助成対象は、「15 歳未満」となります。				
市記入欄 申請受理日		年 月 日		助成決定額	円

ワクチンの種類		接種年月日	接種金額	1 回上限額
1-1	沈降精製百日せきジフテリア破傷風混合ワクチン（3 種混合ワクチン）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	7,060 円
1-2	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオ混合ワクチン（4 種混合ワクチン）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	10,160 円
1-3	沈降精製百日せきジフテリア破傷風不活化ポリオヘモフィルス b 型混合ワクチン（5 種混合ワクチン）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	20,070 円
1-4	不活化ポリオワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	10,190 円
1-5	乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン（ヒブワクチン）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	9,450 円
2-1	沈降肺炎球菌結合型ワクチン（13 価・15 価・20 価）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	10,430 円
2-2	沈降 23 価肺炎球菌結合型ワクチン	1 回目	円	4,000 円
3-1	乾燥弱毒生麻しん風しん混合ワクチン（MR ワクチン）	1 回目 2 回目	円 円	12,480 円
3-2	乾燥弱毒生麻しんワクチン	1 回目 2 回目	円 円	8,780 円
3-3	乾燥弱毒生風しんワクチン	1 回目 2 回目	円 円	8,880 円
4-1	乾燥弱毒生水痘ワクチン	1 回目 2 回目	円 円	8,300 円
5-1	乾燥細胞培養日本脳炎ワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	7,630 円
6-1	組換え沈降 B 型肝炎ワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	5,350 円
7-1	組換え沈降ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（2 価・4 価）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	15,680 円
7-2	組換え沈降ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（9 価）	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	28,240 円
8-1	インフルエンザ HA ワクチン	1 回目	円	2,500 円