

上野原市長 宛

住 所  
氏 名  
電話番号

上野原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

次のことに同意のうえ、上野原市造血幹細胞移植後予防接種支援事業実施要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて、予防接種費用の助成を申請します。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

助成対象者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日 ( 歳)		
	住 所		〒		
	電話番号		( )		
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。	
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	<u>4,700 円</u>	
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	<u>13,700 円</u>	
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	<u>24,100 円</u>	
1-4	不活化ポリオワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	<u>9,000 円</u>	
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	10,400 円	
2-1	沈降 13 価肺炎球菌結合型ワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	10,900 円	
2-2	沈降 15 価肺炎球菌結合型ワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	10,900 円	
2-3	沈降 20 価肺炎球菌結合型ワクチン	1 回目 2 回目 3 回目	円 円 円	10,900 円	
2-4	23 価肺炎球菌莢膜ポリサッカライドワクチン	1 回目	円	9,100 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	12,400円
3-2	乾燥弱毒生麻しんワクチン	1回目 2回目	円 円	12,400円
3-3	乾燥弱毒生風しんワクチン	1回目 2回目	円 円	12,400円
4-1	乾燥弱毒生水痘ワクチン	1回目 2回目	円 円	8,600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	7,100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	5,200円
7-1	組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1回目 2回目 3回目	円 円 円	29,600円
7-2	組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1回目 2回目 3回目	円 円 円	29,600円
7-3	組換え沈降9価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン	1回目 2回目 3回目	円 円 円	29,600円
8-1	インフルエンザHAワクチン	1回目 2回目	円 円	4,000円
9-1	乾燥弱毒生おたふくかぜワクチン	1回目 2回目	円 円	7,100円

助成申請額	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	金融機関名	銀行・農協 組合・信組 ( )	本店・支店 本所・支所 ( )
	口座種別	普通(総合)・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義		
添付書類	<input type="checkbox"/> 上野原市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)		
	<input type="checkbox"/> 上野原市造血幹細胞移植後予防接種実施記録票(様式第3号)		
	<input type="checkbox"/> 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)の写し		
	<input type="checkbox"/> 助成金の振込先口座の通帳など(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
------	-----------	-------	-----------	---