

(様式1)

造血細胞移植等により免疫を失った者への再接種費用助成対象認定申請書

(記入日) 令和 年 月 日

(あて先) 広島市長

造血細胞移植等により免疫を失った者への再接種費用の助成について、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(疾病の状況等)があるときは、広島市がその情報を  
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。

(ふりがな)				
申請者氏名 (保護者等)				
連絡先	( ) -	受ける人との続柄		
住 所 (住民票所在地)	〒 - 広島市 区			
(ふりがな)				
受ける人の 氏 名				
生年月日	H・R 年 月 日(満 歳 か月)	性別	男・女	
受ける人の 住 所	〒 - 広島市 区 ※申請者と同じ場合は記入不要			
移植、抗がん剤 治療等を受けた 医療機関名				
添付文書 チェック欄	<input type="checkbox"/> 主治医の意見書(様式2号) <input type="checkbox"/> 予防接種歴が確認できる書類の写し等			

【注意事項】

- ・助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ・この申請により費用助成が決定する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。

広島市受付欄

--