様式第4号(第6条関係)

　　第　　号

年　　月　　日

　　　　　　　　　様

粕屋町長

粕屋町造血細胞移植後予防接種再接種費用助成対象認定通知書

　　　年　　月　　日付けで申請のありました粕屋町造血細胞移植後予防接種再接種費用助成事業について、下記のとおり交付を決定しましたので、粕屋町造血細胞移植後予防接種再接種費用助成事業実施要綱第6条第2項の規定により通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日生 |
| 氏　名 |  |
| 住所 | 粕屋町 | | |
| 認定する予防接種の種類 |  | | |

【注意事項】

1. この通知書は、上記の予防接種を受ける際に医療機関に提示してください。
2. 接種日において被接種者が粕屋町に居住していない場合又は住民登録がない場合は、補助の対象とありません。
3. 当該予防接種の実施に起因する健康被害が生じた場合は、医薬品の副作用により健康被害として独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく「医薬品副作用被害救済制度」が適用されます。
4. 接種に係る費用は、一旦は被接種者の負担となりますので、医療機関に支払った後、粕屋町健康づくり課に助成の申請をしてください。