

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成認定申請書

年 月 日

(宛先) 各務原市長

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

被接種者との続柄 _____

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第 5 条の規定により、ワクチンの再接種に係る費用の助成を受けることについて認定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒 _____ □申請者と同じ
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
再度予防接種を受ける理由		
接種を受け る医療機関	名称	
	所在地	
	電話番号	
接種を希望するものに○をつけてください。 予防接種の種類 合計 () 種類	・ B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
	・ 小児用肺炎球菌	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	・ ヒブ	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	・ 四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	・ 不活化ポリオ (単独)	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	・ 三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	・ 麻しん・風しん (MR)	1 期・2 期
	・ 麻しん	1 期・2 期
	・ 風しん	1 期・2 期
	・ 水痘	1 回目・2 回目
	・ 日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期
	・ 二種混合	2 期
	・ 子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目

<注 意>

- 1 助成の対象となるワクチンの再接種は、過去に定期予防接種として接種済のものに限ります。
- 2 助成の対象となるワクチンの再接種は、被接種者が 20 歳 (小児用肺炎球菌に係る予防接種にあつては 6 歳、ヒブに係る予防接種にあつては 10 歳、四種混合に係る予防接種にあつては 15 歳) に達するまでに接種するものに限ります。
- 3 添付書類として、接種済の定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消失していると判断した医師の意見書、造血細胞移植実施以前の予防接種の履歴が確認できるもの (母子健康手帳等) が必要となります。
- 4 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。この申請に係る認定を受ける前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。