

安中市長 様

安中市骨髄移植等の理由による定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定申請書

安中市骨髄移植等の理由による定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、次のとおり必要書類を添えて認定の申請をします。

被接種者	住所等	安中市 電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏名	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日	（満 歳 ヶ月）
医療機関記入欄			
疾病名等、特別な事情の内容	(疾病名) (該当理由) (移植又は手術日) 年 月 日 (接種が可能となった日) 年 月 日		
再接種が必要な予防接種の種類 ※接種上限年齢のある 予防接種 ・BCG 4歳未満 ・五種混合 15歳未満 ・ヒブ 10歳未満 ・小児用肺炎球菌 6歳未満	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	BCG		
	五種混合（DPT-IPV-Hib）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
	二種混合（DT）	2期	
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	
	麻しん風しん混合（MR）	1期・2期	
	水痘	1回目・2回目	
	麻しん	1期・2期	
	風しん	1期・2期	
	子宮頸がん予防（HPV）	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ（Hib）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
B型肝炎	初回（1回目・2回目・3回目）		
医療機関所在地 医療機関名・医師名 電話番号			

注意事項

- ・この書類の記載に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器機構による救済の対象となります。
- ・この申請書は、定期予防接種の再接種費用助成金の交付対象者に該当するか否かを判断することを目的としています。対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済の予防接種の種類・回数のみとなります。なお市職員が被接種者の住民基本台帳等を確認することを承諾します。

申請者(助成対象者又は保護者)自署