

四万十市骨髓移植患者等定期接種ワクチン再接種費助成事業要再接種者認定申請書

四万十市長 様

【申請者】住 所 四万十市

ふりがな
氏 名

被接種者との続柄【 】

電話番号

四万十市骨髓移植患者等定期接種ワクチン再接種費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、助成対象となるための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。

なお、本申請の審査に係る関係機関への照会に同意します。

被接種者	ふりがな 氏 名	(男・女)		生年月日	
	住 所			四万十市	年 月 日生 (歳 か月)
接種予定医療機関		医療機関名			
		電話番号			
再接種を行う予防接種		該当するワクチンに ☒		該当するものに○印をつけてください	
		☐ B型肝炎		1回目・2回目・3回目	
		☐ 小児用肺炎球菌（13価）		初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		☐ 小児用肺炎球菌（15価）		初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		☐ H i b（ヒブ）		初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		☐ 三種混合		初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		☐ 四種混合		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
		☐ 五種混合		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
		☐ 不活化ポリオ		初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
		☐ BCG			
		☐ 麻しん風しん混合（MR）		1期・2期	
		☐ 麻しん単独		1期・2期	
		☐ 風しん単独		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	
☐ ヒトパピローマウイルス（HPV）（2・4価）		1回目・2回目・3回目			
☐ ヒトパピローマウイルス（HPV）（9価）		1回目・2回目・3回目			

【添付書類】

☐四万十市骨髓移植患者等定期接種ワクチン再接種助成事業に係る意見書（様式第2号）

☐接種済みの予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳の写しその他定期接種の履歴が確認できる書類）

【注】

- 1 費用助成の対象となる予防接種は、治療前に行った定期接種の種類及び回数のみで、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限ります。ただし、次の再接種には年齢制限があります。

BCG…4歳未満、小児用肺炎球菌…6歳未満、H i b…10歳未満、四種混合…15歳未満、五種混合…15歳未満

- 2 この申請により費用助成対象として認定される前に再接種した予防接種は助成の対象になりません。