

佐伯市小児がん患者等再予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

佐伯市長

様

(申請者) 住 所 _____

氏 名 _____

対象者との続柄：対象者の（ ）

電話番号 _____

助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、佐伯市小児がん患者等再予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

なお、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、佐伯市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被接種者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
接種医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	
予防接種の種類 接種を希望するものに○を付けてください。	○不活化ポリオ (IPV)	: 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加
	○ B C G	
	○四種混合 (DPT-IPV)	: 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加
	○三種混合 (DPT)	: 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
	○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
	○水痘	: 1 回目・2 回目
	○B型肝炎	: 初回 (1 回目・2 回目)・追加
	○小児用肺炎球菌	: 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加
	○ロタ	: ロタリックス 1 回目・2 回目 : ロタテック 1 回目・2 回目・3 回目

<注 意>

- ① 助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ② 助成の対象となる者は、被接種者が 20 歳に達するまでに接種するものに限り。ただし、次の予防接種には年齢制限があります。ヒブ【10 歳未満】・小児用肺炎球菌【6 歳未満】・四種混合【15 歳未満】・BCG【4 歳未満】
- ③ 申請の添付書類として、接種済み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及び母子健康手帳等の写しが必要となります。
- ④ この申請により助成の対象として認定される前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。
- ⑤ この申請により認定された予防接種の再接種は、任意接種となります。