

中津市造血幹細胞移植後等における再予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

中津市長 あて

(申請者)

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

被接種者との続柄 _____

助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、中津市造血幹細胞移植後等における再予防接種費用助成金交付要領第5条に基づき、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、中津市長が、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○をつけてください。	○四種混合	: 1 期初回 (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
	○二種混合	: 2 期
	○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
	○麻しん・風しん (MR)	: 1 期・2 期
	○日本脳炎	: 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期
	○BCG	
	○水痘	: 1 回目・2 回目
	○ヒブ	: 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	○小児用肺炎球菌	: 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
	○B型肝炎	: 1 回目・2 回目・3 回目
	○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ます。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、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再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。