

堺市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

(骨髄移植等による予防接種の再接種にかかる費用助成)

堺市長様

申請者	住所			
	氏名	申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。		
	電話番号		被接種者との関係	

堺市特別の理由による任意予防接種費用助成金要綱6の規定に基づき、助成金の交付の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。

接種を受ける人	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日生
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ	
再度予防接種を受ける理由	骨髄移植等により、接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できなくなったため		
接種する医療機関名			
予防接種の種類 合計()種類 接種を希望するものに○をつけてください	<ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・ヒブ : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 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)・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 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・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 ・二種混合 : 2期 ・麻しん・風しん(MR) : 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 ・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の再接種に限ります。
 - ② 助成の対象となるのは、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。
四種混合【15歳未満】・BCG【4歳未満】・ヒブ【10歳未満】・小児用肺炎球菌【6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の予防効果が期待できないと判断した医師の意見書、接種済みの定期予防接種の接種歴が確認できるもの(母子手帳の写し等)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。
 - ⑤ この申請により費用助成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。