

泉佐野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係る費用助成)

泉佐野市長 様

申請者	住所			
	氏名			
	電話番号		被接種者との関係	

泉佐野市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、助成金の交付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いたします。

接種を受ける人	ふりがな		生 年 月 日	
	氏名		年 月 日生	
	住所	上記申請者と同じ場合は省略		
接種する医療機関				
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。		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
		混合接種 (種)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)	1 期接種
		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
子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目			

注意

- ①助成の対象は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種の再接種に限ります。
- ②次の書類を添えて申請してください。
 - (1)骨髄移植等の理由により、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
 - (2)骨髄移植等の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるもの (母子健康手帳等) の写し
- ③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。
- ④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場合、助成の対象となりません。
- ⑤認定後、20 歳に達した後に接種した場合は、助成金が交付されません (接種対象者条件外)。