

(様式第1号)

柏原市定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

令和 年 月 日

柏原市長 宛て

申請者	住 所			
	氏 名	®		
	電話番号		被接種者 との関係	

柏原市骨髄移植等による定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、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 (満 才 か 月)	
	住 所	☐ 上記申請者住所と同じ ☐ その他 ()		
接種予定医療機関名				
接種を希望するものに ○をつけてください		・ B C G ・ ヒブ : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ・ 小児肺炎球菌 : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ・ B型肝炎 : 1 回目・2 回目・3 回目 ・ 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 : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ・ 二種混合 ・ 麻しん・風しん (M R) : 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 ・ 子宮頸がん予防 : 1 回目・2 回目・3 回目		

【添付書類】

- ☐ 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理由書 (様式第2号)
- ☐ 接種済みの定期予防接種の接種歴が確認できるもの (母子健康手帳の写し等)

【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。
BCG【4歳未満】・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】
- 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予防接種は助成の対象になりません。平成30年4月1日以降に再接種した予防接種に限ります。