

大鰐町長 殿

住所 大鰐町大字

申請者 氏名

続柄（ ）

電話

大鰐町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

特別の理由により、既に接種済みの定期の予防接種について、再接種が必要と医師に判断されたため、次のとおり申請します。また、主治医の該当理由書が接種医に情報提供されることに同意します。

被接種者	住 所	大鰐町大字		
	(フリガナ) 氏 名			
	生年月日	年	月	日 (満 歳 か月)
再接種が必要な予防接種の種類及び回数等	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加		10歳未満
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加		6歳未満
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加		15歳未満
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加		20歳未満
	<input type="checkbox"/> BCG			4歳未満
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目		20歳未満
接種予定医療機関				

【添付書類】

- 特別の理由による任意予防接種に関する意見書（様式第2号）
- 骨髄移植等を行う以前の予防接種歴が確認できるもの（母子健康手帳や予防接種予診票の写し等）

【注意事項】

助成の対象となる予防接種は、骨髄移植等を受けるまでに定期接種として接種済みのものに限り、この助成により再接種する予防接種は、任意接種となります。