様式第１（第５条関係）

**鹿児島市骨髄移植等によるワクチン再接種助成対象認定申請書**

年　　月　　日

鹿児島市長　殿

申請者（被接種者又は保護者）

住　所　〒

　　　　　鹿児島市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被接種者との続柄【　　　　】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　鹿児島市骨髄移植等によるワクチン再接種助成事業実施要綱の規定に基づき、助成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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　所 | 鹿児島市  電話番号（　　　　　　　　　　　　） | |
| (ﾌﾘｶﾞﾅ)  氏　名 | （　男　・　女　） | |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 　 （満　　　歳　　　ヶ月） | |
| 接種予定医療機関 | | 医療機関名 | |
| 移植等を行った医療機関以外の場合　紹介の有無( 有 ・ 無 ) | |
| 希望する予防接種　（予防接種及び回数に〇をつけてください） | | ５種混合(DPT-IPV-Hib) | １期初回( １回目・２回目・３回目 )・１期追加 |
| ４種混合(DPT-IPV） | １期初回( １回目・２回目・３回目 )・１期追加 |
| ３種混合(DPT） | １期初回( １回目・２回目・３回目 )・１期追加 |
| 不活化ポリオ（IPV） | １期追加( １回目・２回目・３回目 )・追加 |
| ２種混合（DT） | ２期 |
| ＢＣＧ | |
| 麻しん風しん混合(MR) | １期・２期・任意 |
| 麻しん単独 | １期・２期 |
| 風しん単独 | １期・２期・任意 |
| 日本脳炎 | １期初回( １回目・２回目 )・１期追加・２期 |
| ヒブ | 初回(１回目・２回目・３回目)・追加・任意 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回(１回目・２回目・３回目)・追加・任意 |
| 子宮頸がん予防(HPV) | １回目・２回目・３回目・任意 |
| 水痘 | １回目・２回目 |
| Ｂ型肝炎 | １回目・２回目・３回目 |
| ロタウイルス | １回目・２回目・３回目(3回目は5価のみ)・任意 |
| おたふくかぜ | １期・２期 |
| (　　　　　　　　) |  |

【添付書類】

□接種済みの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（様式第２）

□接種済みの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、予防接種済証）

注

　１　助成の対象となる予防接種は、過去に接種済の予防接種の再接種に限ります。

　２　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。

　３　この申請により費用助成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。