

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

フリ ガナ
氏 名 _____

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 (_____)
	(フリガナ) 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○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	
	B C G		
	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、過去に接種済み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。