様式第1号（第5条関係）

申請日　　　　年　　月　　日

　　丸亀市長　宛

丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成申請書

丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成実施要綱第５条第１項の規定により、次のとおり再接種に係る費用の助成の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 住所　丸亀市 |  |
| 氏名 | （接種者との続柄　　　　　） |
| 昼間連絡のとれる電話番号 | （　　　　）　　－ |

**申請者**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 助成の  対象者 | 住所 | 丸亀市 | | | | | |
| フリガナ |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日  （満　　　歳　　か月） | |
| 氏名 |  | | |
| 保護者氏名 | （続柄　　　　）  （電話　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 住所 | 接種者と異なる場合のみ記入 | | |
| 希望する  予防接種 | 予防接種の種類 | | 回数 | | | | 接種日における上限年齢 |
| □ＢＣＧ | |  | | | | **４歳未満** |
| □Ｂ型肝炎 | | □１回目　□２回目　□３回目 | | | | **１８歳未満** |
| □ヒブ感染症 | | 初回（□１回目　□２回目　□３回目）□追加 | | | | **１０歳未満** |
| □小児用肺炎球菌 | | 初回（□１回目　□２回目　□３回目）□追加 | | | | **６歳未満** |
| □四種混合 | | １期初回（□１回目　□２回目　□３回目）□１期追加 | | | | **１５歳未満** |
| □麻しん風しん混合 | | □１期　　□２期 | | | | **１８歳未満** |
| □水痘 | | □１回目　□２回目 | | | | **１８歳未満** |
| □日本脳炎 | | １期初回（□１回目　□２回目）□１期追加　□２期 | | | | **１８歳未満** |
| □二種混合 | | １期初回（□１回目　□２回目）□１期追加　□２期 | | | | **１８歳未満** |
| □ヒトパピローマウイルス感染症 | | □１回目　□２回目　□３回目 | | | | **１８歳未満** |
| □三種混合 | | １期初回（□１回目　□２回目　□３回目）□１期追加 | | | | **１８歳未満** |
| □不活化ポリオ | | 初回（□１回目　□２回目　□３回目）□追加 | | | | **１８歳未満** |
| □その他 | |  | | | | **１８歳未満** |
| 接種を希望する医療機関 | 所在地 | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | |

【添付資料】

(1)　丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種に関する理由書（様式第２号）

(2)　母子健康手帳（骨髄移植等を行う前に定期予防接種を受けた履歴を確認することのできるものに限る。）又は当該履歴を確認することのできるもの

【注意事項】

(1)　助成の対象者は、骨髄移植等により、その治療前に接種した予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると医師に診断されたことを認める者です。

(2)　助成の対象となる予防接種は、定期予防接種等で過去に接種を受けた予防接種の再接種に限ります。