様式第4号（第5条関係）

　　　第　　号

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　様

丸亀市長

丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種実施依頼書

　このことについて、次のとおり実施くださいますようお願いします。また、予防接種の接種費用については、本人から全額徴収してくださるようお願いします。

なお、再接種により、再接種を受けた者に障がいが残るような重い副反応が生じ、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものと認められた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法及び丸亀市予防接種事故災害補償規程に定める補償の対象となります。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種の  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 |  | |
| 依頼する  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** |
| 依頼する医療機関 | | |  | | | |

**【注意事項】**

**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費用助成事業の対象となる予防接種は、次のいずれにも該当するものです。**

(１)　予防接種法第２条第２項に規定するA類疾病に係る予防接種であること。

(２)　予防接種実施規則の規定によるワクチンの接種であること。

(３)　ＢＣＧ、小児用肺炎球菌、ヒブ及び四種混合のワクチンについては、その接種日における年齢が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2条に定める年齢を超えていないこと。（上の表内の「接種日における上限年齢」を参照）

**２　再接種費用の領収書は、被接種者氏名、接種日、予防接種の種類、種類ごとの金額を確認することのできるよう記載してください。**