

南国市骨髄移植後定期予防接種ワクチン再接種費補助金交付対象認定申請書

南国市長 様

申請者	住所			
	氏名	Ⓜ		
	電話番号		再接種者との関係	

(本人自筆の場合は押印不要)

以下の者が交付対象再接種者であることの認定を受けたいので、南国市骨髄移植後定期予防接種ワクチン再接種費補助金交付要綱第6条の規定により、以下のとおり、関係書類を添えて申請します。

再接種を受ける者	フリガナ			
	氏名			
	住所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> その他()		
再接種予定医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
再接種担当医師氏名				
再接種を希望するワクチンの種類	・BCG ・ヒブ : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・小児用肺炎球菌 : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・B型肝炎 : 初回(1回目・2回目)・追加 ・四種混合(DPT-IPV) : 第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加 ・三種混合(DPT) : 第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加 ※再接種を希望するものに○をつけてください。 ・不活化ポリオ(単独) : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・二種混合 : 第2期 ・麻しん・風しん(MR) : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期 ・子宮頸がん予防 : 1回目・2回目・3回目			

【添付書類】

- 南国市骨髄移植後定期予防接種ワクチン再接種費補助金交付対象再接種者認定に係る意見書(様式第2号)
- 母子健康手帳その他の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し

【注意】

- 補助金の交付の対象となる再接種は、過去に定期予防接種として接種済みのものに限りません。
- 補助金の交付の対象となる再接種は、再接種者が20歳に達するまでに接種するものに限りません。ただし、次の再接種には別に年齢制限があります。
BCG【4歳未満】・ヒブ【10歳未満】・小児用肺炎球菌【6歳未満】・四種混合【15歳未満】
- この申請により再接種するワクチンは、任意接種となります。
- 交付対象再接種者として認定される前に接種したワクチンの再接種は補助金の交付の対象になりません。