様式第１号（第７条関係）

相生市定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

該当する項目に✔してください

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住所 | 相生市 | | | | |
| 氏名 |  | 男  女 | 生年  月日 | 年　　月　　日生  （満　　　歳　　　カ月） | |
| 保護者氏名 |  | | 電話番号 |  | |
| 予  防  接  種  の  種  類 | 予防接種名 | 回数 | | | | 今年度受ける予防接種 |
| □Ｂ型肝炎 | □１回目　□２回目　□３回目 | | | | □ |
| □ヒブ感染症 | 初回（□１回目　□２回目　□３回目） □追加 | | | | □ |
| □小児の肺炎球菌感染症 | 初回（□１回目　□２回目　□３回目） □追加 | | | | □ |
| □四種混合 | １期初回（□１回目　□２回目　□３回目）□１期追加 | | | | □ |
| □麻しん風しん混合 | □１期　　□２期 | | | | □ |
| □水痘 | □１回目　□２回目 | | | | □ |
| □日本脳炎 | １期初回（□１回目　□２回目） □１期追加 □２期 | | | | □ |
| □二種混合 |  | | | | □ |
| □ヒトパピローマウイルス感染症 | □１回目　□２回目　□３回目 | | | | □ |
| □不活化ポリオ | 初回（□１回目　□２回目　□３回目） □追加 | | | | □ |
| 接種を希望する  医療機関 | 所在地 |  | | | | |
| 医療機関名 |  | | | | |
| 上記のとおり定期予防接種再接種費用助成対象の認定を申請します。  兵庫県再接種助成事業の申請に必要な接種対象者及び接種対象者と同一の世帯に属する者の 税務情報による所得等及び住基情報等による調査を承諾します。  　　　　　　　年　　月　　日  （あて先）相生市長  申請者　住　　所　相生市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | |

【添付書類】

１　相生市定期予防接種再接種費用助成に関する理由書（様式第２号）

２　母子健康手帳など骨髄移植等を行う前の定期予防接種の履歴が確認できるもの

３　所得課税証明書（相生市に所得申告がある人は不要）

注意

1. 助成対象者は、造血幹細胞移植(骨髄移植、末梢血幹細胞移植又はさい帯血移植)によって移植前に  
   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、再接種が必要と医師が認める者です。
2. 助成対象は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種の再接種に限ります。
3. 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。
4. この申請により費用助成対象として認定される前に接種した場合、助成の対象となりません。
5. 認定後、20歳に達した後に接種した場合は、助成金が交付されません。