

上郡町定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

接種対象者	住 所	兵庫県赤穂郡上郡町			
	氏 名		男 女	生年 月 日	年 月 日 (満 歳 生 力月)
	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
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 二種混合				<input type="checkbox"/>
	該当する項目に✓してください	<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加			<input type="checkbox"/>
接種を希望する医療機関	所在地				
	医療機関名				
<p>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並びに住基情報等による調査を承諾します。</p> <p>年 月 日</p> <p>兵庫県赤穂郡 上郡町長 あて</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 赤穂郡上郡町 氏名 印 (個人番号:)</p>					

【添付書類】

1. 上郡町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. 親子(母子)健康手帳(骨髄移植等の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る)の写し

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、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。
- ⑥ 助成額は、町が規定する各予防接種単価を上限とします。