

箕面市定期予防接種再接種費用自己負担金助成対象認定申請書
 （造血細胞移植等による予防接種の再接種に係る費用助成）

年 月 日

（宛先）箕面市教育委員会教育長

（申請者）

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

接種対象者との続柄 _____

箕面市定期予防接種再接種費用自己負担金助成要綱第6条に基づき、助成金の交付対象となるための認定を希望するため、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

接種対象者	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒 _____	<input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
	生年月日	年 月 日	（満 歳）
再度予防接種を受ける理由		造血細胞移植（骨髄移植・末梢血幹細胞移植・さい帯血移植）又は化学療法の医療行為により、過去に受けた定期予防接種で得た免疫が低下又は消滅し、再接種が必要と医師に判断されたため。	
接種を受ける医療機関	名 称		
	所 在 地		
	電話番号		
再接種を希望する予防接種	ワクチン種類	希望するものに○印を記入してください	※箕面市記入欄
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	可・一部可・否
	ヒブ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	可・一部可・否
	小児用肺炎球菌	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	可・一部可・否
	五種混合 / 三種混合 ※希望するものに○	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種	可・一部可・否
	二種混合	2期	可・一部可・否
	BCG	1回	可・一部可・否
	麻しん・風しん混合（MR）	1期・2期	可・一部可・否
	水痘	1回目・2回目	可・一部可・否
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期	可・一部可・否
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	可・一部可・否
	不活化ポリオ	初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種	可・一部可・否
	その他（ワクチン名： _____）	（ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）	可・一部可・否
その他（ワクチン名： _____）	（ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）（ _____ ）	可・一部可・否	

【添付書類】

- 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断した医師の意見書（様式第2号）
- 造血細胞移植等実施以前の予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳の予防接種の記録のページ等）

【注意】

- ・助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種に限ります。
- ・助成の対象となるものは、接種対象者が20歳に達するまでに接種するものに限ります。ただし、一部の予防接種には年齢制限があります。
- ・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。この申請により助成対象として認定される前に再接種した予防接種は、助成の対象になりません。