

目黒区特別の理由による予防接種再接種費用助成対象認定申請書

令和4年6月1日

目黒区長 宛て

骨髄移植等により、既に接種済みの定期の予防接種について、再接種が必要と医師に判断されたため、下記のとおり申請します。なお、本申請に当り、必要に応じて区が被接種者の住民基本台帳を確認すること及び医療機関に問い合わせることに同意します。

1 申請者 氏名 ^{ふりがな} ^{めぐる} ^{はなこ} 目黒 花子 被接種者との続柄（ 母 ）

住所 〒153-0051

目黒区上目黒〇-〇-〇 □□マンション △△△号

電話 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※日中連絡がとれる電話番号をご記入

ここでは令和4年6月1日時点で9歳のかたを例にします。

2 被接種者（お子さん）

必要な予防接種に ☑をしてください。	めぐる いちろう 目黒 一郎	必要な回数を 記入してください。	生年月日	平成 25 年 5 月 1 日
	<input checked="" type="checkbox"/> ヒブ			(1 ~ 4) 回目
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌		(~) 回目	6歳未満
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎		(1 ~ 3) 回目	20歳未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)		(1 ~ 4) 回目	15歳未満
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)		(~) 回目	20歳未満
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)		(~) 回目	20歳未満
	<input type="checkbox"/> BCG			4歳未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)			20歳未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)			20歳未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 水痘		(1 ~ 2) 回目	20歳未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎		(1 ~ 4) 回目	20歳未満
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) 2期			20歳未満
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)		(~) 回目	20歳未満
再接種を行う理由	骨髄移植により、既に接種済みの定期の予防接種について、再接種が必要と医師に判断されたため。			
接種医療機関	名称	〇〇病院		
	所在地	東京都〇〇区 △△ □丁目□番□号		
	電話番号	03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

上限年齢を超えているため、小児用肺炎球菌とBCGは費用助成の対象になりません。

添付書類

定期予防接種の再接種に関する医師の意見書（別記第2号様式）

骨髄移植等を行う以前の接種歴が確認できる資料（母子健康手帳や予防接種予診票の写し等）