

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

年 月 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 ^{ふりがな} 氏名 _____ 被接種者との続柄（ _____ ）

住所 〒 _____

電話 _____

※日中連絡がとれる電話番号をご記入ください。

2 被接種者（お子さん）

ふりがな 氏名	生年月日		
予防接種の 種類、回数、 上限年齢	<input type="checkbox"/> ヒブ	(~) 回目	10歳未満
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	(~) 回目	6歳未満
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	(~) 回目	20歳未満
	<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	(~) 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 type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）1期		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）2期		20歳未満
	<input type="checkbox"/> 水痘	(~) 回目	20歳未満
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	(~) 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			
接種医療機関	名称		
	所在地		
	電話番号		

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）