

様式第1号

四條畷市特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

四條畷市長 宛

申請者	住 所			
	氏 名			
	電話番号		被接種者との関係	

四條畷市特別の理由による任意予防接種費用助成金要綱第6条の規定に基づき、助成金の交付対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。また、四條畷市立保健センターが申請内容について医療機関等に照会すること、及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

接種を受ける人 (被接種者)	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	□上記申請者住所と同じ	
再度予防接種を受ける理由			
接種する医療機関名			
予防接種の種類 合計 () 種類 ※接種を希望するものに ○をつけてください	・ BCG		
	・ ヒブ	初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種	
	・ 小児肺炎球菌	初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種	
	・ 四種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	・ B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	・ ロタウイルス	1回目・2回目・3回目	
	・ 不活化ポリオ (単独)	初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種	
	・ 二種混合	2期	
	・ 麻しん・風しん (MR)	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・3回目)・1期追加・2期	
	・ 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目	
	・ 3種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	

(注意)

- ① 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の再接種に限ります。
- ② 助成の対象となるのは、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限ります。ただし、次の予防接種には年齢制限があります。
四種混合：15歳未満・BCG：4歳未満・ヒブ：10歳未満・小児用肺炎球菌：6歳未満
- ③ 申請の添付書類として、接種済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、母子健康手帳（接種済の定期予防接種の接種歴が確認できるもの）の写し
ただし、意見書作成に係る費用は助成の対象外となります。
- ④ 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。
- ⑤ 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予防接種は助成の対象となりません。