

骨髄移植等の医療行為に係る予防接種再接種対象者認定申請書

(1) 被接種者

フリガナ
氏 名

〒 -
住 所 つくば市

電話番号
(日中つながる番号)

生年月日 年 月 日 (歳 か月)

(2) 予防接種の種類(希望する予防接種に○をつけ、医師に指示された回数を記入してください。)

| 予防接種の種類 | 接種回数 | 接種年齢上限 | 備考 |
|-----------------------|------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ロタ(ロタリックス・ロタテック) | 回 | 出生24週0日後 又は32週0日後 | ※定期接種で接種した回数を上限とする。 ※意見書発行日から申請年度の末日(3月31日)までに接種できる予防接種及び回数を記入する。 ※予防接種法施行規則(昭和23年厚生省令第36号)第2条の7の表に掲げる特定疾病に係る予防接種については、それぞれの同条の規定による年齢に達するまでとする。 |
| 小児用肺炎球菌 | 回 | 6歳未満 | |
| B型肝炎 | 回 | | |
| 五種混合 | 回 | 15歳未満 | |
| ヒブ | 回 | 10歳未満 | |
| 四種混合 | 回 | 15歳未満 | |
| 三種混合 | 回 | | |
| 不活化ポリオ | 回 | | |
| BCG | 回 | 4歳未満 | |
| 麻しん風しん(MR) | 回 | | |
| 麻しん | 回 | | |
| 風しん | 回 | | |
| 水痘 | 回 | | |
| 日本脳炎 | 回 | | |
| 二種混合 | 回 | | |
| ヒトパピローマウイルス(2価・4価・9価) | 回 | | |

(3) 接種開始予定日

年 月 日 頃 □ 未定

(4) 接種医療機関名

上記のとおり、骨髄移植等の医療行為により免疫を消失した者に対する予防接種再接種費用の助成事業実施要項に基づき、対象者の認定を受けたいので申請します。

年 月 日

つくば市長 宛て

〒 -

申請者住所

申請者氏名

被接種者との続柄 ()

添付書類

- ☐ 母子健康手帳の出生届出済証明欄(P.1)、全ての予防接種の記録のページ(P.50～54あたり)の写し
※母子健康手帳によってページ数が異なる場合があります。母子健康手帳がない場合は、接種記録が分かるもの。
- ☐ 骨髄移植等の医療行為に係る予防接種再接種に関する意見書(医師が記入したもの)
※意見書の有効期限は発行日から2年間。
申請した予防接種を認定決定通知書の交付日の属する年度内に接種できず、翌年度の4月1日以降に再度申請する場合、有効期限内であれば、意見書の添付省略可。
(なお、意見書に記入されていない予防接種を接種する場合は、新しい意見書が必要です。)

■事務処理欄■ 庁・桜・谷・大・郵 (受付者: 宛名番号())