

国東市骨髄移植等における予防接種費助成対象認定申請書

年 月 日

国 東 市 長 様

申請者 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 \_\_\_\_\_  
 被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、国東市骨髄移植等における予防接種再接種費用助成金交付要綱第6条に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請します。なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、国東市長が、その情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
	生年月日	年 月 日(満 歳)
接 種 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	
予 防 接 種 の 種 類  接 種 を 希 望 す る も の に ○ を つ け て く だ さ い	ロタウイルス	ロタテック 1回目・2回目・3回目 ロタリックス 1回目・2回目
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	ヒブ	初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種
	小児用肺炎球菌	初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種
	四種混合	初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種
	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
	BCG	1回
	麻しん・風しん(MR)	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	初回接種(1回目・2回目)・追加接種・2期
	二種混合	2期
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目

【添付書類】

- 1 国東市骨髄移植後等における予防接種費助成対象認定に係る意見書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳など骨髄移植等を行う前の定期予防接種の履歴が確認できるもの

<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みの予防接種に限ります。
- ② 助成の対象は、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限り、ただし、次の予防接種には年齢制限があります。

ヒブ【10歳未満】・小児用肺炎球菌【6歳未満】・四種混合【15歳未満】・BCG【4歳未満】

- ③ この申請により助成の対象として認定される前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。
- ④ この申請により認定された予防接種の再接種は、任意接種となります。