

大田市告示第95号

大田市がん治療後等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱（令和5年大田市告示第98号）の一部を次のように改正する。

令和7年4月16日

大田市長 楫野弘和

第2条第2号中「第2条の7」を「第2条の10」に改める。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号（第5条関係）

大田市がん治療等の予防接種再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

（あて先）大田市長

申請者	住所	(〒 -)		
	ふりがな			
	氏名			
	電話番号		被接種者との関係	

大田市がん治療等の予防接種再接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり予防接種再接種費用の助成を申請します。また、当該予防接種について必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、大田市がその情報を関係機関に問い合わせることに同意します。

被接種者	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏名			
	住所	□上記申請者住所と同じ		
接種予定医療機関	(医療機関名) (住所)		(電話番号)	
再接種を行う 予防接種 ※いずれかに○をつけ、金額を記載してください	① 五種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	② 四種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	③ 三種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	④ 二種混合	: 2期		円
	⑤ 不活化ポリオ	: 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	⑥ 麻しん・風しん(MR)	: 1期・2期		円
	⑦ 麻しん	: 1期・2期		円
	⑧ 風しん	: 1期・2期		円
	⑨ 日本脳炎	: 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		円
	⑩ ヒブ	: 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	⑪ 小児用肺炎球菌	: 初回（1回目・2回目・3回目）・追加		円
	⑫ 子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目		円
	⑬ 水痘	: 1回目・2回目		円
	⑭ B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目		円
再接種を行う予防接種費用合計				円
接種予定日	年 月 日			

【添付書類】※添付書類は原則お返ししません。

- ① 大田市がん治療等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書（様式第2号）
- ② 接種済みの予防接種の記録が確認できるもの（母子健康手帳等）の写し

【注意事項】

- 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。ただし、過去の接種が三種混合または四種混合である時に、五種混合に変更して接種することは可とします。
- ② 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。
- ③ この申請により費用助成が決定する前に接種した予防接種は助成の対象になりません。
- ④ 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ⑤ 記入内容を訂正する場合は、誤った部分に二重線を引き訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。
- ⑥ 太枠内はすべて記載してからご提出ください。

様式第2号（第5条関係）

大田市がん治療等の予防接種の再接種にかかる医師の意見書

がん治療等により、接種済みの定期予防接種のワクチンの免疫が低下又は消失したため、再度接種する必要がある、この度、当該接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。

被接種者	ふりがな		生年 月 日	年 月 日
	氏名			
	住所	(〒 ト)		
	電話番号			
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由		がん治療等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため (疾病の名称) (治療内容等)		
再接種が可能となった日		年 月 日		
再接種が必要な予防接種	① 五種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ② 四種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ③ 三種混合 : 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ※接種が必要なものに○をつけてください ④ 二種混合 : 2 期 ⑤ 不活化ポリオ : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ⑥ 麻しん・風しん混合 (MR) : 1 期・2 期 ⑦ 麻しん : 1 期・2 期 ⑧ 風しん : 1 期・2 期 ⑨ 日本脳炎 : 1 期初回 (1 回目・2 回目) ・1 期追加・2 期 ⑩ ヒブ : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ⑪ 小児用肺炎球菌 : 初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ⑫ 子宮頸がん : 1 回目・2 回目・3 回目 ⑬ 水痘 : 1 回目・2 回目 ⑭ B 型肝炎 : 1 回目・2 回目・3 回目			
		記載年月日： 年 月 日		
医療機関名				
医療機関所在地				
電話番号 ()		医師の署名又は記名押印 _____		

【意見書作成に係る注意事項】

- ① この意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。
- ② この意見書の内容について大田市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ③ 再接種する予防接種で費用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。ただし、過去の接種が三種混合または四種混合である時に、五種混合に変更して接種することは可とします。
- ④ 再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ⑤ 申請書はボールペンを使用してください。鉛筆や消せるボールペンは使用しないでください。
- ⑥ 記入内容を訂正する場合は、誤った部分に二重線を引き、訂正してください。修正液、修正テープは使用しないでください。

附 則

この告示は、令和7年4月16日から施行する。