

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。