

## 様式第 1 号（第 7 条関係）

令和 年 月 日

## 高岡市骨髓移植患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

高岡市長 あて

|     |             |               |           |  |
|-----|-------------|---------------|-----------|--|
| 申請者 | 住 所         | (〒 - )<br>高岡市 |           |  |
|     | ふりがな<br>氏 名 |               |           |  |
|     | 電話番号        |               | 助成対象者との続柄 |  |

高岡市骨髓移植患者への定期予防接種ワクチン再接種費用助成金交付要綱第 7 条の規定に基づき、助成の対象者認定を申請します。

|                              |                                          |                             |     |                   |
|------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------|-----|-------------------|
| 被接種者                         | 住 所                                      |                             | 男・女 | (平成・令和)<br>年 月 日生 |
|                              | ふりがな<br>氏 名                              |                             |     |                   |
| 接種予定医療機関                     |                                          | (住所)<br>(医療機関名)<br>(電話番号)   |     |                   |
| 再接種が必要な予防接種                  | 種 類                                      | 回 数                         |     |                   |
| ※接種が必要なものの種類に☑を、回数に○をつけてください | <input type="checkbox"/> B 型肝炎           | 1 回目・2 回目・3 回目              |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> H i b (10 歳未満)  | 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加      |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 (6 歳未満) | 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加      |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 四種混合 (15 歳未満)   | 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加   |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> B C G (4 歳未満)   |                             |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 水痘              | 1 回目・2 回目                   |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん         | 1 期・2 期                     |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 日本脳炎            | 1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期 |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 二種混合            | 2 期                         |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 三種混合            | 1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加   |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 急性灰白髄炎          | 初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加      |     |                   |
|                              | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん           | 1 回目・2 回目・3 回目              |     |                   |

## 【添付書類】

- ① 高岡市骨髓移植患者への定期予防接種ワクチン再接種に係る意見書（様式第 2 号）
- ② 骨髓移植等を受けるまでの対象予防接種の記録が記載されているもの（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。
- 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 認定後、20 歳に達した日後に接種した場合は、助成金は交付されません。