

笠岡市長 様

笠岡市特別の理由による予防接種再接種費用助成適用認定申請書

任意で再度、定期の予防接種を受けるに当たり、助成の適用認定を受けたいので、笠岡市特別の理由による予防接種再接種費用助成金交付要綱第 5 条の規定により、次のとおり助成の適用の認定を申請します。

申請者	フリガナ	被接種者との続柄	
	氏名		
	住所	電話番号 ( )	
被接種者	フリガナ	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
	氏名		
	住所	(申請者と同じ場合は記入不要)	
治療の状況	(疾病名と治療等)		
	(造血幹細胞移植を受けた日)	年	月 日
	(化学療法を最後に受けた日)	年	月 日
	(その他の治療を受けた日)	年	月 日
予防接種実施 予定医療機関			

【希望する予防接種の種類】 該当するものに ○ を付けてください。

			事務処理欄
	ワクチン名	希望する任意予防接種	
1	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
2	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
3	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
4	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
5	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
6	結核 (BCG)	BCG	
7	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期	
8	水痘	1 回目・2 回目	
9	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) 1 期追加・2 期	
10	二種混合 (DT)	2 期	
11	ヒトパピローマウイルス	1 回目・2 回目・3 回目	

添付書類

- (1) 免疫の効果が期待できない旨の医師の理由書 (意見書)
- (2) 母子健康手帳 (定期の予防接種を受けた履歴が確認できるもの) 又は当該履歴が確認できるものの写し