

別記

様式第1号（第6条関係）

## 日南市定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定申請書

年 月 日

日南市長 様

申請者 保護者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 日南市

電 話 \_\_\_\_\_

日南市骨髄移植等後の定期予防接種費用助成事業実施要綱の規定に基づき、助成金の交付の対象となるための認定を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

### 記

被接種者氏名、 生年月日	
接種医療機関名、 連絡先、主治医氏名	
接種を希望するものに○を付けてください	<ul style="list-style-type: none"><li>・BCG</li><li>・ヒブ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</li><li>・小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</li><li>・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目</li><li>・四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</li><li>・不活化ポリオ : 初回接種（（1回目・2回目・3回目）・追加</li><li>・二種混合 : 2期</li><li>・麻しん風しん混合 : 1期・2期</li><li>・水痘 : 1回目・2回目</li><li>・日本脳炎 : 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</li><li>・子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</li><li>・三種混合 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加</li><li>・麻しん・風しん</li></ul>

#### 【添付書類】

- 日南市定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書（別記様式第2号）
- 接種済の定期予防接種の接種歴が確認できるもの（母子健康手帳の写し等）

#### 【注意事項】

- 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の再接種に限ります。
- 助成の対象となるのは、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限ります。ただし、次の予防接種には年齢制限があります。BCG【4歳未満】・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】  この申請書により再接種する予防接種は、任意接種となります。
- この申請により費用助成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。令和2年4月1日以降に再接種した予防接種に限ります。