

別記

第1号様式（第5条関係）

予防接種再接種費用助成金支給申請書

年 月 日

（宛先）大田区長

申請者 住所
氏名
対象者との続柄（ ）
日中の連絡先 - -

下記の対象者については、骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断され、任意で受けた予防接種再接種費用の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。資格要件等の情報について必要があるときは、区が保有する情報を確認することに同意します。
また、資格要件に該当しない事実が判明したときは、再接種費用助成金を返還します。

記

1 対象者

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	(歳	か月)
住 所	大田区		

2 申請額 ￥

3 接種を希望する予防接種の種類及び接種区分・接種日（複数回答可）

種類	接種区分	接種日
☐ BCG		
☐ ヒブ	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	
☐ 小児肺炎球菌	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	
☐ B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
☐ 五種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	
☐ 四種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加	
☐ MR（麻しん・風しん混合）	1 期・2 期	
☐ 水痘	1 回目・2 回目	
☐ 日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加 ・2 期	
☐ 二種混合	2 期	
☐		
☐		

4 接種医療機関

医療機関	所在地	電話番号
名 称		

接種等の情報について必要があるときは、区が接種医療機関に情報を確認することに同意します。

5 主治医記入欄

疾 病 名	1 白血病	2 悪性リンパ腫	3 その他（ ）
該当理由	1 骨髄移植（移植日： 年 月 日 ） 2 その他（ ） により、既に接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断します。		
医療機関	所在地		
	名 称	電話番号	
	医師氏名	印	
※ 必ず、医師の署名又は記名・押印をしてください。			