

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
<input type="checkbox"/> BCG		
<input type="checkbox"/> ヒブ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
<input type="checkbox"/> 五種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加	
<input type="checkbox"/> 二種混合	2期	
<input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合）	1期・2期	
<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
<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"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目	
<input type="checkbox"/>		

#### 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。