

予防接種再接種費用助成申請書及び医師の意見書

奥州市長 宛

奥州市特別の理由による予防接種の再接種助成金交付要綱第5条に基づき、次のとおり予防接種再接種費用助成の対象となるための決定を受けたいので、必要書類を添えて申請します。また、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）がある場合は、奥州市がその情報を関係機関に問い合わせること及び医療機関等がこの照会について回答することに同意します。

（太枠内を記入）

申請者	住所	(〒 —)			
	氏名				
	電話番号	— —		被接種者との関係	
被接種者	ふりがな氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	住所	□上記申請者住所と同じ			

【添付書類】

- ・造血幹細胞移植等の医療行為を受けるまでの予防接種歴が分かるもの（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の種類は、過去に接種済みの予防接種に限ります。
- ・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。
- ・この申請により費用助成が決定する前に再接種した場合は、助成の対象になりません。

----- 以下、医師記入欄 -----

上記の者が、造血幹細胞移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の免疫が低下し、又は消失したため、再度接種する必要がある、この度、当該接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、申請者も了承しています。

再接種が必要になった疾病と治療内容	(疾病の名称)	
	(治療内容、治療年月日等)	
再接種が必要な予防接種（○を付してください。）	五種混合 四種混合 二種混合 麻しん風しん混合 麻しん（単独） 風しん（単独） 日本脳炎	ヒブ感染症 小児の肺炎球菌感染症 ヒトパピローマウイルス感染症 水痘 B型肝炎
医療機関所在地・電話番号 医療機関名 医師名		