

(宛先) 各務原市長

被接種者との続柄

被 接 種 者	フリガナ			
	氏 名			
	住 所		〒 □申請者と同じ	
	生年月日		年 月 日 (満 歳)	
再度予防接種を受ける理由				
接種を受ける医療機関	名称			
	所在地			
	電話番号			
接種を希望するものに○をつけてください。 予防接種の種類 合計 () 種類			・ B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
			・ 小児用肺炎球菌	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
			・ ヒブ	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
			・ 五種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
			・ 四種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
			・ 不活化ポリオ (単独)	初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加種
			・ 三種混合	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加接種
			・ 麻しん・風しん (MR)	1 期・2 期
			・ 麻しん	1 期・2 期
			・ 風しん	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
			・ 子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目

- 1 助成の対象となるワクチンの再接種は、過去に定期予防接種として接種済のものに限りです。
- 2 助成の対象となるワクチンの再接種は、被接種者が２０歳（小児用肺炎球菌に係る予防接種にあつては６歳、ヒブに係る予防接種にあつては１０歳（五種混合を使用する場合は１５歳）、四種混合に係る予防接種にあつては１５歳）に達するまでに接種するものに限りです。
- 3 添付書類として、接種済の定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消失していると判断した医師の意見書、造血細胞移植実施以前の予防接種の履歴が確認できるもの（母子健康手帳等）が必要となります。
- 4 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。この申請に係る認定を受ける前に接種した予防接種は、助成の対象になりません。