

守口市造血細胞移植等後再接種費用助成対象認定申請書
(造血細胞移植又は化学療法の医療行為による予防接種の再接種にかかる費用助成)

令和 年 月 日

守口市長 様

申請者 (保護者)

〒 _____

住 所 _____

氏 名 _____

電 話 _____

接種対象者との続柄 _____

守口市造血細胞移植等後再接種費用助成金交付要綱第5条に基づき、助成金の交付対象となるための認定を希望するため、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

接種対象者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒 _____ □上記申請者と同じ
	生年月日	平成・令和 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	※6歳未満 : 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ ヒブ	※10歳未満 : 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 五種混合	※15歳未満 : 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 三種混合	: 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 不活化ポリオ (単独)	: 初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 麻しん・風しん (MR)	: 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
	・ BCG	※4歳未満

<注 意>

- ① 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予防接種に限ります。
- ② 助成の対象となるものは、接種対象者が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。小児用肺炎球菌は6歳未満、ヒブは10歳未満、五種混合は15歳未満、BCGは4歳未満です。
- ③ 申請の添付書類として、接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失していると判断した医師の意見書、造血細胞移植等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。この申請により再接種費用自己負担金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。
- ⑤ 四種混合ワクチンは販売終了に伴い、有効期限が満了しました。四種混合の接種を希望する場合は、五種混合、または、三種混合と不活化ポリオを接種いただくことをご検討ください。

記入例

守口市造血細胞移植等後再接種費用助成対象認定申請書
 (造血細胞移植又は化学療法の医療行為による予防接種の再接種にかかる費用助成)

令和 7 年 6 月 9 日

守口市長 様

申請者 (保護者)

〒 570 - 0033

住 所 守口市大宮通1-13-7

氏 名 守口 花子

電 話 06-6992-2217

接種対象者との続柄 母

守口市造血細胞移植等後再接種費用助成金交付要綱第5条に基づき、助成金の交付対象となるための認定を希望するため、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

接種対象者	フリガナ	モリグチ タロウ
	氏 名	守口 太郎
	住 所	〒 <input type="checkbox"/> 上記申請者と同じ
	生年月日	平成・令和 31 年 4 月 2 日 (満 6 歳)
再度予防接種を受ける理由		白血病の治療として造血細胞移植をしたため。
接種を受ける医療機関	名称	〇〇総合医療センター
	所在地	守口市〇〇町*番*号
	電話番号	06-6991-****
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	・ B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ・ 小児用肺炎球菌※6歳未満 : 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 ・ ヒブ ※10歳未満 : 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 ・ 五種混合 ※15歳未満 : 1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加 ・ 三種混合 : 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)・追加接種 ・ 麻しん・風しん (MR) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 ・ 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ・ 日本脳炎 : 1期初回 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 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 ・ BCG ※4歳未満
合計 (6) 種類		

<注 意>

- ① 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予防接種に限ります。
- ② 助成の対象となるものは、接種対象者が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。小児用肺炎球菌は6歳未満、ヒブは10歳未満、五種混合及び四種混合は15歳未満、BCGは4歳未満です。
- ③ 申請の添付書類として、接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失していると判断した医師の意見書、造血細胞移植等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。この申請により再接種費用自己負担金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。
- ⑤ 四種混合ワクチンは販売終了に伴い、有効期限が満了しました。四種混合の接種を希望する場合は、五種混合、または、三種混合と不活化ポリオを接種いただくことをご検討ください。