

再接種費用助成事業利用申請書

	(フリガナ) 氏名	接種対象者 との続柄	生年月日	性別	住所 ※接種対象者と住所が別の世帯構成員は、住所を記入してください。
接種 対象者	( )	本人	年 月 日	男・女	太子町
			(満 歳 カ月)	電話番号	(自宅) - - (携帯) - - ( )
配偶者		夫・妻	年 月 日	住所	
扶養 義務者 及び その 他の 世帯 構成員		父	年 月 日	住所	
		母	年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
			年 月 日	住所	
予 防 接 種 の 種 類	予防接種名	回 数			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ) <input type="checkbox"/> 追加			
	<input type="checkbox"/> Hib 感染症	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			
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	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			
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	第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"/> 第1期追加			
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	第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"/> 第1期追加			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	第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"/> 第1期追加			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	<input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目			
	該当する 項目に ✓ してく ださい	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 ) <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期		
<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)		<input type="checkbox"/> 第2期			
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症		<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目			
接種を 希望する 医療機関	所在地				
	医療機関名				
<p>上記のとおり再接種費用助成利用を申請します。</p> <p>資格承認に係る世帯構成員の状況についての調査及び本人、配偶者及び扶養義務者（直系血族及び兄弟姉妹）等の課税台帳の閲覧のほか、必要事項の調査・確認に同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>太子町長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 揖保郡太子町 氏 名 電話番号</p>					

(添付書類)

- 1 再接種費用助成に係る医師の理由書（様式第2号）
- 2 母子健康手帳（以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）又は定期予防接種の履歴が確認できるものの写し
- 3 所得課税証明書【収入額・総所得・扶養人数・各種控除・課税標準額・年税額・所得割等が記載されたもの】（ただし、太子町に所得申告がある人は不要。）

(注意事項)

- ①助成対象者は、骨髄移植等（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植）によって移植前に接種した予防接種で得られていた免疫が低下若しくは消失したため、再接種が必要と医師が認める者です。
- ②助成対象は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種の再接種に限ります。
- ③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。その任意接種で健康被害を受けた場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づく救済を受けることになります。
- ④この申請により費用助成対象として認定される前に接種した場合は、助成の対象となりません。
- ⑤承認後、20歳に達した後に接種した場合は、助成金が交付されません。