第１号様式（第６条関係）

年　　　月　　　日

　中野区長　宛て

骨髄移植等による予防接種の再接種承諾申請書

　　骨髄移植等による予防接種の免疫消失者に対する再接種費用助成金について、以下のとおり承諾を申請します。なお、疾病の状況等、再接種について必要な情報があるときは、中野区長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及びその情報を医療機関に提供することに同意します。

　申請者記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　所 | 中野区 |
| （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日　（満　　歳　　ヶ月） |
| 保護者 | 氏　名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

　医師記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 既に接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないと判断する理由 | （疾病名）  （該当理由）  （免疫消失となった要因が生じた日）　　　　年　　　月　　　日  （予防接種が実施可能となった日）　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 再接種する予防接種の種類（該当のものに〇をしてください） | ヒブ（Ｈｉｂ） | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 四種混合(ＤＰＴ-ＩＰＶ) | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| Ｂ型肝炎 | １回目・２回目・３回目 |
| ＢＣＧ |  |
| 麻しん風しん混合（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 |
| ＤＴ（二種混合） | ２期 |
| 子宮頸がん予防ワクチン | １回目・２回目・３回目 |
| 医療機関所在地  医療機関名  医師名  （署名又は記名押印） |  | |

添付書類

母子健康手帳等の定期の予防接種を受けた年月日及びその種類が確認できる書類