

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
	(フリガナ)	
	氏 名	
保 護 者	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
	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○をしてください）	ヒブ (H i b)	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(D P T - I P V)	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
	B C G	
	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
	D T (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)	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