

様式第1号（第5条関係）

特別の理由による任意予防接種費助成対象認定申請書

年 月 日

島田市長

助成の対象として認定を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請者	住所			
	ふりがな		接種対象者 との続柄	
	氏名	印		
接種対象者	住所			
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(歳 か月)
接種実施（予定）医療機関				
接種を受けようとする予防接種の種類等	※該当するものに○を付けてください			
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	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		
	三種混合（DPT）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加		
	二種混合（DT）	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
	結核（BCG）	1回		
	麻しん風しん混合（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
子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目

添付書類

- (1) 骨髄移植手術その他の理由により既に接種を受けた定期予防接種の予防効果が期待できない旨及び再度の接種の対象となる予防接種名が記載された医師の診断書又は理由書
- (2) 母子健康手帳（定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。）その他の当該履歴が確認できるものの写し
- (3) 同意書（様式第2号）