

年 月 日

佐野市長 様

佐野市骨髓移植手術その他の理由による予防接種再接種費助成対象認定申請書

申請者 住所 _____

氏名 _____

連絡先 _____

接種対象者との続柄 _____

佐野市骨髓移植手術その他の理由による予防接種再接種費助成金交付要綱第5条に基づき、次のとおり申請します。

なお、佐野市骨髓移植手術その他の理由による予防接種再接種費助成金の交付を受けるに当たり、市長が接種対象者の住民基本台帳の調査を行うことに同意します。

予防接種に必要な情報（疾病等の状況）があるときは、佐野市長が、その情報を医療機関に問い合わせること及び医療機関に提供することに同意します。

接種対象者	住 所	佐野市 町		
	氏 名	フリガナ	性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
予防接種の種類及び回数		※概ね1年の間に接種する予防接種をご記入ください。		
接種医療機関	所在地			
	名 称			
医師の理由書	上記接種対象者について、骨髓移植手術その他の理由により、以下のとおり接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断します。 また、再接種を開始しても可能な状態と認められますので、理由書を提出します。 なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。			
	疾病の名称			
	特別な理由が生じた日（移植日等）	年 月 日		
	再接種を開始することが可能と判断された日	年 月 日		
	接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由			
	今後再接種を要し、接種可能と判断される予防接種の種類※回数及び使用ワクチン名もご記入ください。			
	年 月 日			
	医療機関所在地 医療機関名 医 師 名	印（署名又は記名押印）		

※太字内は医療機関で記入してください。

※申請者及び主治医の方へ：裏面の注意事項を必ずお読みください。

添付書類 (1)健康保険証等、対象者及び申請者の住所・氏名・生年月日ができる公的書類の写し

(2)母子健康手帳の予防接種が記載されているページの写し又は当該記録確認できる書類

<裏面>

注意事項(必ずお読みください。)

【申請者の方へ】

- ・申請にあたっては、必ず過去の予防接種の記録が確認できる資料(母子健康手帳等)を添付してください。過去の接種記録が確認できないときは、認定されない場合があります。
- ・予防接種の種類及び回数は、概ね1年以内に実施可能と判断された種類をすべてご記入ください。
- ・申請後に、新たに再接種が可能と判断された予防接種が生じた場合は、当該予防接種についての申請が別途必要となります。
- ・申請いただいたすべての予防接種が、再接種の助成対象と認定されるものではありません。種類及び回数ごとに認定の可否を判断いたします。
※同じ種類の予防接種でも、接種回数によって認定されないことがあります。
- ・再接種を開始するにあたっては、必ず主治医(骨髄移植実施医師等)による実施の判断を受けてください。
- ・再接種助成の認定が決定した後、接種予定を変更、中止するときはご連絡ください。
- ・接種費用は、一度医療機関へお支払いいただきます。なお、助成金の額は、接種日において佐野市と佐野医師会が契約する委託料金が上限となりますので、自己負担が発生する場合があります。

【主治医の方へ】

- ・再接種の必要性や副反応については、接種対象者及び保護者の方へ十分にご説明ください。
- ・今後再接種を要し、接種可能と判断される予防接種の種類については、概ね1年以内に再接種を実施する予定のある予防接種の種類すべてをご記入ください。また、回数及び使用ワクチンについてもご記入ください。
※使用ワクチンについては、助成対象認定の判定上、必要になりますので、必ずご記入ください。
- ・予防接種の実施にあたっては、可能な限り移植実施医療機関等で接種くださるようお願いいたします。やむを得ず、他の医療機関で接種する場合は、接種対象者及び保護者への十分な説明や接種予定医師等と情報連携する等の対応をお願いいたします。
- ・予防接種の実施にあたっては、貴院で使用している予診票を使用いただいても構いませんが、可能な限り、当市で配布した予診票をご使用ください。
- ・再接種費助成に係る認定の可否を審査するに当たり、必要が生じた場合は、理由書を記入いただいた医師にお問い合わせをする場合がありますので、あらかじめご了承ください。