様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

大田原市長　　様

申請者（保護者）

住　　所

氏　　名

電話番号

大田原市特別の事由による任意予防接種費助成対象認定申請書

大田原市特別の事由による任意予防接種費助成金交付要綱第６条の規定により、助成金の交付対象者となるための認定を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接種対象者 | 住所 | | □ 申請者  と同じ |  |
| フリガナ | |  | |
| 氏名 | | 申請者との続柄（　　　） | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日（満　　　歳） | |
| 希望する予防接種及び回数 | | |  | |
| 接種を  希望する  医療機関 | | 所在地 |  | |
| 名　称 |  | |

　添付書類　過去に定期予防接種を受けたことを確認できるもの（母子健康手帳等の写し）

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関記入欄 | |
| 疾病名等 |  |
| 特別の事由が生じた日 | 年　　月　　日（手術日等） |
| 接種済みの定期の予防接種の予防効果が低下又は消失したと判断する理由 |  |
| 再接種が必要な予防接種の種類及び実施回数  ※使用ワクチン |  |
| 上記のとおり、接種済定期予防接種の予防効果が低下又は消失したと判断するとともに、再接種を開始しても可能な状態と認めます。  　なお、再接種の必要性及び副反応については、申請者に説明をしています。  　　　　　　年　　月　　日  医療機関  　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  主治医（署名） | |

<　注意事項　>

申請者及び主治医の方は、必ずお読みください。

【申請者の方へ】

１　希望する予防接種の種類及び回数は、当初の接種が定期接種であったもので、再接種を要し、概ね１年以内に実施可能と判断された種類の中から記入してください（申請後に、新たな再接種が可能と判断された予防接種が生じた場合又は希望する場合は、当該予防接種についての申請が必要となります。）。

２　申請に当たっては、必ず過去の予防接種の記録が確認できる書類（母子健康手帳等の写し）を添付してください。過去の接種記録が確認できない場合は、認定しないことがあります。

３　申請した全ての予防接種が、再接種の助成対象と認定されるとは限りません。種類及び回数ごとに認定又は不認定を判断します。

４　再接種を開始するに当たっては、必ず主治医による実施の判断を受けてください。

５　接種費用の実費を接種した医療機関に支払い、接種後に大田原市特別の事由による任

意予防接種費助成金交付請求書（様式第３号）に、領収書原本、再接種したことを確認

できる書類を添付し、市に提出してください（再接種後１年以内）。

６　助成金には、上限額があります。接種費用の実費額が上限額を超える場合は、自己負

担となります。

７　予防接種で健康被害が発生した場合は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（ＰＭＤＡ）法に基づく補償と併せて、市が加入する全国市長会予防接種事故賠償補償保険による補償を受けることができます。

【主治医の方へ】

１　再接種の必要性や副反応について、接種対象者又は保護者に十分な説明を行ってくだ

さい。

２　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を全て記入してください。

また、回数及び使用ワクチンについても記入してください。

※使用ワクチンについては、助成対象認定の判定に必要となりますので、必ず記入して

ください。

３　予防接種の実施に当たっては、可能な限り移植手術等を実施した医療機関で接種して

ください。やむを得ず、他の医療機関で接種する場合は、接種対象者又は保護者への十

分な説明や接種を予定する医師と情報を共有する等の対応をお願いします。

４　予防接種の実施に当たっては、可能な限り市が対象者に配布した予診票を使用してください（市提出用は、対象者に渡してください。）。市が配布した予診票以外の予診票を使用する場合は、造血細胞移植学会による「造血細胞移植ガイドライン[予防接種]」による予診票を使用してください。

５　再接種助成の認定の審査において、市から医療機関記入欄を記入した医師に問合せを

することがあります。

別紙

再接種が必要な予防接種の種類

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 予防接種名 | 助成額の  上限額  (円) | 回数 | 再接種が必要な回数 | 定期接種済みの場合は〇 | 接種予定年月  ※複数回の場合は初回 |
| ＢＣＧ  （４歳未満） | 11,000 | １ |  |  | 年　　月 |
| 小児用肺炎球菌  （６歳未満） | 12,200 | ４ |  |  | 年　　月 |
| ヒブ感染症  （１０歳未満） | 9,200 | ４ |  |  | 年　　月 |
| ５種混合  （１５歳未満） | 20,000 | ４ |  |  | 年　　月 |
| ４種混合  （１５歳未満） | 11,200 | ４ |  |  | 年　　月 |
| ３種混合  （１５歳未満） | 5,600 | ４ |  |  | 年　　月 |
| ２種混合 | 5,300 | １ |  |  | 年　　月 |
| 急性灰白髄炎  （不活化単独ポリオ） | 8,300 | ４ |  |  | 年　　月 |
| Ｂ型肝炎 | 7,300 | ３ |  |  | 年　　月 |
| 麻しん風しん（ＭＲ） | 11,000 | ２ |  |  | 年　　月 |
| 麻しん（単抗原） | 5,700 | ２ |  |  | 年　　月 |
| 風しん（単抗原） | 5,700 | ２ |  |  | 年　　月 |
| 水痘 | 8,800 | ２ |  |  | 年　　月 |
| 日本脳炎 | 7,500 | ４ |  |  | 年　　月 |
| ＨＰＶ（子宮頸がん）  ２価・４価 | 16,500 | ３ |  |  | 年　　月 |
| ＨＰＶ（子宮頸がん）  ９価 | 27,500 | ３ |  |  | 年　　月 |