様式第１号（第６条関係）

　　　年　　月　　日

武雄市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　（認定申請者）

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 |  |
| 氏　名※自署（手書き）又は記名押印 |  |
| 電話番号 |  | 被接種者との関係 |  |

武雄市予防接種再接種費用助成金対象認定申請書

武雄市予防接種再接種費用助成金の認定を受けたいので、武雄市予防接種再接種費用助成金交付要綱の規定により、関係書類を添え、次のとおり申請します。なお、市が認定に必要な範囲内で、意見書を作成した医療機関に対し、情報の照会及び提供をすることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接種を受ける人 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | 年　　　月　　　日 生（満　　　歳　　　か　月　） |
| 住　所 | □ 上記認定申請者の住所と同じ□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 接種予定の医療機関名 |  |
| 接種を希望するものに○をつけてください。・ヒブ ・小児肺炎球菌 ・Ｂ型肝炎 ・四種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）・五種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ）・二種混合 ・麻しん・風しん（ＭＲ）・水痘 ・日本脳炎 ・子宮頸がん予防（ＨＰＶ）・その他（ | ：初回接種（　１回目・２回目・３回目　）・追加：初回接種（　１回目・２回目・３回目　）・追加：１回目・２回目・３回目　：１期初回（　１回目・２回目・３回目　）・１期追加：１期初回（　１回目・２回目・３回目　）・１期追加：２期：１期・２期：１回目・２回目：１期初回（　１回目・２回目　）・１期追加・２期：１回目・２回目・３回目　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

【添付書類】

* 武雄市予防接種再接種費用助成金の対象者認定に係る意見書（別紙）
* 接種済みの定期の予防接種の履歴が分かるもの（母子健康手帳等）の写し

【注意】

①　助成金の対象になる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。

②　再接種が必要と医師に判断された日において、要再接種者が２０歳未満であること。

③　この申請により再接種する予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器機構による

救済の対象となります。

④　令和６年４月１日以後に再接種した予防接種に限ります。