

高山市小児がん患者ワクチン再接種実施申請書

（あて先）高山市長

申請者（保護者等）住 所 _____

氏 名 _____ 印

（被接種者との続柄 _____）

造血幹細胞の移植（骨髄移植）により接種済の定期予防接種の効果が期待できないと医師に判断されたものに対する高山市小児がん患者ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記のとおり再接種の実施を申請します。なお、当該予防接種について、必要な情報（疾病の状況等）があるときは、高山市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

被 接 種 者	住 所	高山市
	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	連絡先 (TEL)	— —
予防接種 の種類 ※希望する 予防接種 を○で囲ん でくださ い。	定期 の 予 防 接 種	(1) B型肝炎 { 初回1回・初回2回・追加 } (2) Hib (ヒブ) 感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } (3) 小児の肺炎球菌感染症 { 初回1回・初回2回・初回3回・追加 } (4) 四種混合 { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } (5) ポリオ { 第1期 (初回1回・初回2回・初回3回・追加) } (6) 二種混合 (DT) (7) 麻しん・風しん { 第1期・第2期 } (8) 水痘 { 1回・2回 } (9) 日本脳炎 { 第1期 (初回1回・初回2回・追加) ・第2期 } (10) ヒトパピローマウイルス感染症 (子宮頸がん) { 1回・2回・3回 }
接 種 医 療 機 関	医療機関名	
	所在地	(〒 —) 電話番号:
添付資料	<input type="checkbox"/> 医師意見書 (様式第2号) <input type="checkbox"/> 母子健康手帳の予防接種記録が記載されているページ等の写し	

(注意) 医療機関の窓口で接種費用を支払っていただいた後、市で定める接種料を上限として費用を助成することになります。