

姫路市定期予防接種再接種費用助成申請書

申請日 年 月 日

(宛先)姫路市長

申請者(保護者) 住 所

氏 名(自署)

(続柄)

下記のとおり、定期予防接種再接種費用の助成を申請します。

なお、住民情報及び税務情報による世帯全員の市民税額、収入等の調査を承諾します。

接種対象者	住 所	姫路市					
	フリガナ			男 ・ 女	生年 月 日	年 月 日	
	氏 名					(満) 年 歳 か月)	
保護者氏名	(続柄) (電話 - - -)			住所	接種対象者と異なる場合のみ記入		
希望する予防接種	予防接種の種類	回数				接種日における上限年齢	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加				10歳未満	
	<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加				6歳未満	
	<input type="checkbox"/> 四種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加				15歳未満	
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加				15歳未満	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> 二種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> ヒパピローマウイルス感染症	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加				20歳未満	
	<input type="checkbox"/> その他	()				20歳未満	
接種希望 医療機関	医療機関名						
	所在地						

【添付書類】

- ①姫路市定期予防接種再接種費用助成に関する理由書(様式第2号)
 ②母子健康手帳(医療行為の理由が生じる以前の定期予防接種の履歴が確認できるものに限る。)又は当該履歴が確認できるもの

【注意事項】

- ・助成対象者は、医療行為によって当該医療行為前に接種した予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失したため、再接種が必要と医師が認める者です。
- ・助成対象は、過去に定期予防接種として接種済の予防接種の再接種に限ります。
- ・この申請により行う再接種は、任意接種となります。
- ・この申請による助成決定前に行った予防接種は、助成の対象外となります。
- ・助成決定後、助成対象の上限年齢を超えて予防接種を行った場合は、助成の対象外となります。
- ・助成金額は、実際に再接種に要した費用又は姫路市が定める上限金額のいずれか低い額となります。
- ・助成対象者及び助成対象者と同一世帯に属する者の市町民税の所得割の額を合算した額が23万5千円以上の場合は、助成対象外となります。