

様式第1号（第4条関係）

那須塩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

年 月 日

那須塩原市長 様

申請者 住所

氏名

印

電話

那須塩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4条の規定に基づき、助成金の交付対象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。

なお、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、那須塩原市長が、その情報を関係医療機関及び医師に問い合わせること、また、予防接種を実施する医療機関及び医師に提供することについて同意します。

接種対象者	氏名	フリガナ	性別	男・女
	住所			
	生年月日	年 月 日（ 歳 月）		
保護者氏名		接種対象者との続柄（ ）		
接種医療機関	所在地			
	名称			
医師の理由書	骨髄移植手術その他の事由により、下記のとおり接種済みの定期の予防接種の予防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。 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。			
	疾病名			
	特別の事由が生じた日（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
	接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由			
	再接種が必要な予防接種の種類			
	医療機関	所在地		
名称				
医師名（署名又は記名押印）				

※添付書類 骨髄移植その他の事由が生じる以前に受けた定期予防接種の記録が記載された母子健康手帳その他の当該定期予防接種を接種したことを証する書類の写し