

別記様式第1号（第5条関係）

周南市定期予防接種再接種費用助成対象認定申請書

被接種対象者	住 所	周南市		
	氏 名		生年 月日	年 月 日生 (満 歳 カ月)
	保護者氏名		電話番号	
予 防 接 種 の 種 類	予防接種名（定期予防接種A類疾病にかかるもののみ記載のこと）			回 数
<p>上記のとおり定期予防接種再接種費用助成対象の認定を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>周南市長</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 周南市</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p>				

【添付書類】

- 1 周南市定期予防接種再接種費用助成に関する意見書（別記様式第2号）
- 2 母子健康手帳など骨髄移植等を行う前の定期予防接種の履歴が確認できるもの

【注意事項】

- ① 助成対象者は、骨髄移植等医療行為によって移植前に接種した予防接種ワクチン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。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。
- ② この申請により対象者として認定される前に接種した場合は、助成の対象となりません。
- ③ 認定後、周南市内に住所を有しない日が再接種日の場合は、助成金が交付されません。
- ④ 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。万が一健康被害が生じた場合の健康被害の救済手続きは、申請者が独立行政法人医薬品医療機器総合機構に対して行うものであり、周南市が責任を負うものではありません。