

東かがわ市告示第86号

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和8年5月1日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱の一部を改正する告示

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱（平成31年東かがわ市告示第12号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

| 改正後 | | 改正前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------------------------|---------|---------|---------|----|--|------|---------|-------|--|-------|-----|--|--|----------|--|--|--------------|---------|------|-------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|-------------------------|-------|------|-------------------|------------------------------|-----------|------------------------|-------------|------------------------|--------------|-------|-----|-------|-----|-------|----|---------|------|-----------------------|------|----|--------------|-------------|--|--|------|-----|---------|----|--|------|---------|-------|--|-------|-----|--|--|----------|--|--|--------------|---------|------|-------------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|-------------------------|-------|------|-------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|-----------|------------------------|-------------|------------------------|--------------|-------|-----|-------|-----|-------|----|---------|------|-----------------------|------|----|--------------|-------------|
| <p>様式第1号（第6条関係）</p> <p>東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成対象認定申請書</p> <p>年 月 日</p> <p>東かがわ市長 様</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>被接種者との続柄（ ）</p> <p>東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給認定を申請します。</p> <p>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、東かがわ市長が、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に提供することに同意します。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">被接種者</td> <td>住 所</td> <td>電話番号（ ）</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>（ 歳 か月）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">保護者氏名</td> <td>続柄（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾患名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">接種予定医療機関</td> <td></td> </tr> </table> <p>【接種を希望する予防接種の種類・回数等】 該当するものを○で囲んで下さい。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>定期予防接種の種類・回数</th> <th>接種年齢の上限</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td>ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加 15歳未満</td> </tr> <tr> <td>ヒブ（Hib）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加 10歳未満</td> </tr> <tr> <td>小児用肺炎球菌</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加 6歳未満</td> </tr> <tr> <td>B C G</td> <td>4歳未満</td> </tr> <tr> <td>五種混合（DPT-IPV-Hib）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満</td> </tr> <tr> <td>三種混合（DPT）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td>不活化ポリオ（IPV）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td>麻しん風しん混合（MR）</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>麻しん</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>風しん</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>水痘</td> <td>1回目・2回目</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</td> </tr> <tr> <td>二種混合</td> <td>2期</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん予防（HPV）</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> </tbody> </table> <p>【申請書に添付するもの】</p> <ol style="list-style-type: none"> 東かがわ市特別な理由による任意予防接種に関する主治医意見書（様式第2号） 母子健康手帳又は予防接種履歴が分かるもの写し | | 被接種者 | 住 所 | 電話番号（ ） | 氏名 | | 生年月日 | （ 歳 か月） | 保護者氏名 | | 続柄（ ） | 疾患名 | | | 接種予定医療機関 | | | 定期予防接種の種類・回数 | 接種年齢の上限 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 15歳未満 | ヒブ（Hib） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 10歳未満 | 小児用肺炎球菌 | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 6歳未満 | B C G | 4歳未満 | 五種混合（DPT-IPV-Hib） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満 | 三種混合（DPT） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | 不活化ポリオ（IPV） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | 麻しん風しん混合（MR） | 1期・2期 | 麻しん | 1期・2期 | 風しん | 1期・2期 | 水痘 | 1回目・2回目 | 日本脳炎 | 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 | 二種混合 | 2期 | 子宮頸がん予防（HPV） | 1回目・2回目・3回目 | <p>様式第1号（第6条関係）</p> <p>年 月 日</p> <p>東かがわ市長 殿</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>被接種者との続柄（ ）</p> <p>東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第6条の規定に基づき、助成金の支給認定を申請します。</p> <p>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、東かがわ市長が、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に提供することに同意します。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">被接種者</td> <td>住 所</td> <td>電話番号（ ）</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>（ 歳 か月）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">保護者氏名</td> <td>続柄（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾患名</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">接種予定医療機関</td> <td></td> </tr> </table> <p>【接種を希望する予防接種の種類・回数等】 該当するものを○で囲んで下さい。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>定期予防接種の種類・回数</th> <th>接種年齢の上限</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> <tr> <td>ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加 15歳未満</td> </tr> <tr> <td>ヒブ（Hib）</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加 10歳未満</td> </tr> <tr> <td>小児用肺炎球菌</td> <td>初回（1回目・2回目・3回目）・追加 6歳未満</td> </tr> <tr> <td>B C G</td> <td>4歳未満</td> </tr> <tr> <td>五種混合（DPT-IPV-Hib）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満</td> </tr> <tr> <td>四種混合（DPT-IPV）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満</td> </tr> <tr> <td>三種混合（DPT）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td>不活化ポリオ（IPV）</td> <td>1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加</td> </tr> <tr> <td>麻しん風しん混合（MR）</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>麻しん</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>風しん</td> <td>1期・2期</td> </tr> <tr> <td>水痘</td> <td>1回目・2回目</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期</td> </tr> <tr> <td>二種混合</td> <td>2期</td> </tr> <tr> <td>子宮頸がん予防（HPV）</td> <td>1回目・2回目・3回目</td> </tr> </tbody> </table> <p>【申請書に添付するもの】</p> <ol style="list-style-type: none"> 東かがわ市特別な理由による任意予防接種に関する主治医意見書（様式第2号） 母子健康手帳又は予防接種履歴が分かるもの写し | | 被接種者 | 住 所 | 電話番号（ ） | 氏名 | | 生年月日 | （ 歳 か月） | 保護者氏名 | | 続柄（ ） | 疾患名 | | | 接種予定医療機関 | | | 定期予防接種の種類・回数 | 接種年齢の上限 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 15歳未満 | ヒブ（Hib） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 10歳未満 | 小児用肺炎球菌 | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 6歳未満 | B C G | 4歳未満 | 五種混合（DPT-IPV-Hib） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満 | 四種混合（DPT-IPV） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満 | 三種混合（DPT） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | 不活化ポリオ（IPV） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | 麻しん風しん混合（MR） | 1期・2期 | 麻しん | 1期・2期 | 風しん | 1期・2期 | 水痘 | 1回目・2回目 | 日本脳炎 | 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 | 二種混合 | 2期 | 子宮頸がん予防（HPV） | 1回目・2回目・3回目 |
| 被接種者 | 住 所 | | 電話番号（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | （ 歳 か月） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | 続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種予定医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定期予防接種の種類・回数 | 接種年齢の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 15歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヒブ（Hib） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 10歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 6歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B C G | 4歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五種混合（DPT-IPV-Hib） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三種混合（DPT） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不活化ポリオ（IPV） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻しん風しん混合（MR） | 1期・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻しん | 1期・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 風しん | 1期・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 水痘 | 1回目・2回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日本脳炎 | 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二種混合 | 2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 子宮頸がん予防（HPV） | 1回目・2回目・3回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被接種者 | 住 所 | 電話番号（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | （ 歳 か月） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者氏名 | | 続柄（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾患名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 接種予定医療機関 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 定期予防接種の種類・回数 | 接種年齢の上限 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 15歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ヒブ（Hib） | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 10歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 6歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B C G | 4歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五種混合（DPT-IPV-Hib） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四種混合（DPT-IPV） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 15歳未満 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 三種混合（DPT） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 不活化ポリオ（IPV） | 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻しん風しん混合（MR） | 1期・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 麻しん | 1期・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 風しん | 1期・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 水痘 | 1回目・2回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日本脳炎 | 1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 二種混合 | 2期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 子宮頸がん予防（HPV） | 1回目・2回目・3回目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 改正後 | | 改正前 | | |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|-------------------------|
| 様式第2号（第6条関係） | | 様式第2号（第6条関係） | | |
| 東かがわ市長 様 | | 東かがわ市長 殿 | | |
| 東かがわ市特別な理由による任意予防接種に関する主治医意見書 | | 東かがわ市特別な理由による任意予防接種に関する主治医意見書 | | |
| <p>以下の者は、当院で加療しており、医療行為等により接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断します。</p> <p>また、この意見書の記載内容について、接種医に情報提供することに同意します。</p> | | <p>以下の者は、当院で加療しており、医療行為等により接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断します。</p> <p>また、この意見書の記載内容について、接種医に情報提供することに同意します。</p> | | |
| 被接種者 | 住 所 | 住 所 | 住 所 | |
| | 氏 名 | 氏 名 | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 生年月日 | 生年月日 | |
| 疾病名等、特別な事情の内容 | (疾患名) | 疾病名等、特別な事情の内容 | (疾患名) | |
| | (発病時期) 年 月 日頃 | | (発病時期) 年 月 日頃 | |
| | (治療期間) 年 月 日から 年 月 日 | | (治療期間) 年 月 日から 年 月 日 | |
| | (接種が可能となった日) 年 月 日 | | (接種が可能となった日) 年 月 日 | |
| | (接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由) | | (接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由) | |
| 接種可能な予防接種の種類、接種回数 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 | B型肝炎 | 1回目・2回目・3回目 |
| | ヒブ (Hib) | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 | ヒブ (Hib) | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 |
| | 小児用肺炎球菌 | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 | 小児用肺炎球菌 | 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加 |
| | B C G | | B C G | |
| | 五種混合 (DPT-IPV-Hib) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 | 五種混合 (DPT-IPV-Hib) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 三種混合 (DPT) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 | 四種混合 (DPT-IPV) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 不活化ポリオ (IPV) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 | 三種混合 (DPT) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 麻しん風しん混合 (MR) | 1期・2期 | 不活化ポリオ (IPV) | 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加 |
| | 麻しん | 1期・2期 | 麻しん風しん混合 (MR) | 1期・2期 |
| | 風しん | 1期・2期 | 麻しん | 1期・2期 |
| | 水痘 | 1回目・2回目 | 風しん | 1期・2期 |
| | 日本脳炎 | 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期 | 水痘 | 1回目・2回目 |
| | 二種混合 | 2期 | 日本脳炎 | 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期 |
| | 子宮頸がん予防 (HPV) | 1回目・2回目・3回目 | 二種混合 | 2期 |
| 医療機関所在地 | | 子宮頸がん予防 (HPV) | 1回目・2回目・3回目 | |
| 医療機関名 | | 医療機関所在地 | | |
| 電話番号 | | 医療機関名 | | |
| 医師名 | 印 | 電話番号 | | |
| 備 考 | | 医師名 | 印 | |
| この意見書は、助成金の対象に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理由の上、本意見書が市町村に報告されることに同意します。 | | この意見書は、助成金の対象に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理由の上、本意見書が市町村に報告されることに同意します。 | | |
| 年 月 日 保護者自署 | | 年 月 日 保護者自署 | | |

改正後

様式第 4 号 (第 9 条関係)

年 月 日

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

東かがわ市長 様

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄 ()

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 9 条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

なお、必要があるときは下記事項について、東かがわ市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

| 接種対象者 | 住所 | | | |
|-----------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| | 氏名 <small>(ふりがな)</small> | | | |
| | 生年月日 | | | |
| 保護者氏名 | 被接種者との続柄 () | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 予防接種名 | 接種年月日 | 接種費用① (支払った金額) | 東かがわ市記入欄 | |
| | | | 助成上限額② (対象年度の定期予防接種委託料) | 申請金額 (①と②で少ない額) |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| 助成金申請合計金額 | | | | 円 |

- 添付書類
- (1) 予防接種実施医療機関の領収書 (接種対象者が再接種した予防接種の種類が記載されたもの)
 - (2) 予防接種予診票の写し
 - (3) 振込先金融機関通帳の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

改正前

様式第 4 号 (第 9 条関係)

年 月 日

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金支給申請書

東かがわ市長 殿

申請者 住所

氏名

被接種者との続柄 ()

東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 9 条の規定に基づき、次のとおり助成金の支給を申請します。

なお、必要があるときは下記事項について、東かがわ市が再接種を実施した医療機関に確認を行うことに同意します。

| 接種対象者 | 住所 | | | |
|-----------|-----------------------------|-------------------|----------------------------|--------------------|
| | 氏名 <small>(ふりがな)</small> | | | |
| | 生年月日 | | | |
| 保護者氏名 | 被接種者との続柄 () | | | |
| 電話番号 | | | | |
| 予防接種名 | 接種年月日 | 接種費用① (支払った金額) | 東かがわ市記入欄 | |
| | | | 助成上限額② (対象年度の定期予防接種委託料) | 申請金額 (①と②で少ない額) |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| | | 円 | 円 | 円 |
| 助成金申請合計金額 | | | | 円 |

- 添付書類
- (1) 予防接種実施医療機関の領収書 (接種対象者が再接種した予防接種の種類が記載されたもの)
 - (2) 予防接種予診票の写し
 - (3) 振込先金融機関通帳の金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人氏名が記載されているページの写し

| 改正後 | 改正前 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|----------------|-----------------|-----------------|------|-------|--|------|--|--|------|--|--|---|-------|----------------|-----------------|------|-------|--|------|--|--|------|--|--|
| <p style="text-align: center;">様式第 6 号（第10条関係）</p> <h2 style="text-align: center;">請求書</h2> <p>東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金</p> <p style="text-align: center;">金 円</p> <p>上記の金額を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>東かがわ市長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 氏 名 印</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">金融機関名</td> <td style="width: 30%;">銀行 金庫 農協</td> <td style="width: 50%;">支店 本店 出張所</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">普通 当座</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">※ 請求者と口座名義人は同一としてください。</p> | 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | 支店 本店 出張所 | 口座番号 | 普通 当座 | | フリガナ | | | 口座名義 | | | <p style="text-align: center;">様式第 6 号（第10条関係）</p> <h2 style="text-align: center;">請求書</h2> <p>東かがわ市特別な理由による任意予防接種費用助成金</p> <p style="text-align: center;">金 円</p> <p>上記の金額を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>東かがわ市長 殿</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒</p> <p style="text-align: center;">フリガナ 氏 名 印</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 20%;">金融機関名</td> <td style="width: 30%;">銀行 金庫 農協</td> <td style="width: 50%;">支店 本店 出張所</td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">普通 当座</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>口座名義</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="font-size: small;">※ 請求者と口座名義人は同一としてください。</p> | 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | 支店 本店 出張所 | 口座番号 | 普通 当座 | | フリガナ | | | 口座名義 | | |
| 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | 支店 本店 出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通 当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | 銀行 金庫 農協 | 支店 本店 出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座番号 | 普通 当座 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附 則
この告示は、令和 8 年 5 月 1 日から施行する。