

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱の一部
を改正する要綱

鹿屋市骨髄移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱（令和2年鹿
屋市告示第67号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式を次のように改める。

第1号様式（第5条関係）

鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象認定申請書

年　月　日

鹿屋市長　　様

申請者

住 所

鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成実施要綱第5条の規定により、助成の対象者の認定を申請します。

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、鹿屋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療機関に提供すること又は造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成事業補助金の申請のため、鹿屋市長が本申請により取得した情報を鹿児島県知事に提供することに同意します。

接種 対象者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	(男・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か 月)
保護者氏名	被接種者との続柄 ()	
連絡先		
接種 医療 機関	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
通知書類送付先	現住所	
	滞在先住所	〒 -

注 1 本人確認書類：母子健康手帳・運転免許証・その他（ ）

2 添付書類

- (1) 鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書（別記第2号様式）
- (2) 骨髓移植等の医療行為実施前の定期予防接種の履歴が確認できるものの写し（母子健康手帳等）

別記第2号様式を次のように改める。

第2号様式（第5条関係）

年　月　日

鹿屋市長　　様

鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成に係る医師意見書

骨髓移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

接種対象者	住所	鹿屋市
	氏名	ワガナ
生年月日	年　月　日	(　満　歳　か月)
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病の名称、治療内容等について記載してください。 (疾病の名称) (治療内容) (その他)	
再接種する予防接種の種類 ※再接種する予防接種に○を付けてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・ヒブ ・小児用肺炎球菌 ・B型肝炎 ・BCG ・五種混合 ・四種混合 ・三種混合 ・二種混合 ・不活化ポリオ ・麻しん風しん ・麻しん ・風しん ・水痘 ・日本脳炎 ・子宮頸がん 	
医療機関名 住所 電話番号	記載年月日	年　月　日
	医師氏名	

意見書作成に係る注意事項

- 注1 この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。
- 2 御記入いただいた内容につきまして、内容照会を行う場合がありますので、御協力いただきますようお願いいたします。

別記第4号様式を次のように改める。

第4号様式（第6条関係）

第 号
年 月 日
様

鹿屋市長 印

鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係る任意予防接種費用助成対象
不認定決定通知書

年 月 日付で申請のあった鹿屋市骨髓移植等の医療行為に係
る任意予防接種費用助成対象認定申請について、次の理由により不認定とすること
を決定しましたので通知します。

【不認定の理由】

附 則

- 1 この要綱は、令和6年12月2日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に存する様式は、当分の間、必要な修正をしてこれを使用することができる。