

平成20年4月23日

小郡三井医師会
会長 丸山 泉 殿



小郡市健康課長 大石寅雄

小郡市BCG行政措置について（依頼）

日頃より当市の保健行政にご協力いただきましてありがとうございます。

さて、本年4月よりBCG予防接種の個別接種移行に伴い、医学的理由により生後6か月までにBCG接種を受けることができなかった方への行政措置によるBCG接種を別添のとおり検討しております。

内容をご検討の上、ご意見等ございましたらご連絡をお願いいたします。

<添付書類>

- ・小郡市BCG行政措置実施要領（案）・・・1部
- ・小郡市BCG行政措置申請書（案）・・・1部
- ・小郡市BCG行政措置依頼書（案）・・・1部
- ・小郡市BCG行政措置同意書（案）・・・1部

（問合せ先）

小郡市健康課健康推進係

TEL：72－6666

（内線121，122）

予防接種担当：小御門

小郡市BCG行政措置実施要領

1. 目的

生後 6 月に達するまでの期間に医学的に接種が不適当と判断された乳児に対し、BCG 予防接種機会の拡大を目的とする

2. 対象者

生後 6 月～1 歳未満の小郡市に居住地を有する乳児で、長期入院もしくは先天的な疾患で生後 6 月までにBCG定期予防接種を受けることが不可能であり、生後 6 月までに他の定期予防接種を受けていない者

3. 実施場所

小郡市小児個別予防接種BCG受託医療機関、福岡県予防接種センター

4. 実施方法

- ①保護者が小郡市にBCG予防接種行政措置申請書（様式 1）を提出
- ②審査の結果、BCG予防接種行政措置対象者となる者に、医療機関あての依頼書と同意書（様式 2）を渡す
- ③小郡市小児個別予防接種BCG受託医療機関又は福岡県予防接種センターにて同意書に保護者署名を記入の上BCG接種を行う
- ④接種医療機関が予診票に同意書を添付し、小郡市にBCG予防接種委託額を請求する
- ⑤小郡市よりBCG行政措置予防接種を実施した医療機関に委託額を支払う

5. 費用負担

BCG行政措置にて接種を行った場合の費用負担は、BCG定期予防接種委託料金額を小郡市が負担する

6. 周知先

小郡三井医師会小児科標榜医療機関、福岡県予防接種センター

7. 根拠法令等

結核予防法第 13 条の規定による定期の予防接種等に関する留意事項について（平成 17 年 4 月 1 日健感発第 0401001 号各都道府県衛生主管部（局）長あて厚生労働省健康局結核感染症課長通知）

小郡市長 殿

BCG予防接種行政措置申請書

申請日 平成 年 月 日

申請者住所 _____

氏 名 _____

このたび下記のとおりBCG予防接種が受けられるよう申請します

1. 生後6月までにBCG定期予防接種を受けることができなかった理由

(あてはまるものに○をつけ、詳細をご記入ください)

・長期入院

(詳細) _____

・先天性な疾患

(詳細) _____

*母子健康手帳に詳細が記入されていれば、コピーを添付する

2. BCG予防接種対象者

【住 所】

【氏 名】

【生年月日】

【電話番号】

【保護者氏名】

3. BCG接種を希望する医療機関

【医療機関名】

【住所】

確認欄		確認印
住所		
年齢		
医療機関		
申請理由		
接種履歴		

小健第 号
平成 年 月 日

殿

小郡市長 平 安 正 知
(健康課健康推進係)

BCG予防接種の実施について（依頼）

当市民である下記の者に対し、貴医療機関にてBCG予防接種を実施していただきますようお願いします。

なお、BCG予防接種における健康被害は、関係法令等に基づき当市にて対応します。

また、予診票に同意書（様式2）を添付し、定期予防接種として請求をお願いします。

記

予防接種名	BCG
被接種者住所	小郡市
被接種者氏名	
被接種者生年月日	平成 年 月 日
保護者氏名	
費 用	小郡市負担
依頼理由	により生後6月までにBCG定期予防接種を受けることができなかったため
この依頼書の有効期限	平成 年 月 日

問合せ先 〒838-0126
福岡県小郡市二森1167-1
小郡市保健福祉部健康課健康推進係
電話0942-72-6666
担当：

同意書

私はこの度、子（予防接種対象者）が、医学的に接種が不適當と判断され
B C G定期予防接種を受けることができなかったため、B C G接種の目的、
効果、副反応及び健康被害発生時の救済等について説明を受け、本予防接種
による健康被害が予防接種法に定める救済措置の対象とはならないことを十
分理解した上で、自らの判断でB C G接種を受けさせることを希望します。

平成 年 月 日

・ 予防接種対象者

【住 所】 小郡市

【氏 名】 _____

【生年月日】 平成 年 月 日

・ 保護者署名 _____ 印（対象者との続柄： ）

* B C G 予診票に本同意書を添付して小郡市へ請求してください