

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

糸田町長 殿

糸田町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定に係る意見書

下記の者について、骨髄移植等による造血幹細胞の移植（造血細胞移植）に起因する接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

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。

記

ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日
再接種が 必要な 理由	（疾病の名称） （治療の内容）			
予 防 接 種 の 種 類	※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。			
	五種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加		
	四種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加		
	三種混合	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加		
	二種混合	2 期		
	ポリオ（単純不活化）	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	MR（麻しん風しん）	1 期・2 期		
	日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期		
	B C G	1 回		
	H i b	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	小児用肺炎球菌	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加		
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目		
	水痘	1 回目・2 回目		
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目		
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号 医師氏名			

※意見書作成に係る注意事項

- (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。（助成対象外）
- (2) 御記入いただいた内容につきまして、担当課より個別に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。
- (3) 助成の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。