

小郡市造血細胞移植等医療行為後の任意予防接種費用助成対象に係る意見書

下記の者について、造血細胞移植(骨髄移植、抹消血幹細胞移植又は臍帯血移植)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。

接種を受ける者	ふりがな		男	生年	年	月	日	
	氏名		女	月日	(才		ヶ月)	
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 ※○をつけてください	1. インフルエンザ菌b型(Hib) (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 2. 小児用肺炎球菌 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 3. B型肝炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) 4. BCG 5. 四種混合 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 6. ポリオ (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加) 7. 麻しん風しん混合(MR) (第1期 ・ 第2期) 8. 水痘 (1回目 ・ 2回目) 9. 三種混合2期(二種混合) 10. 日本脳炎 (1回目 ・ 2回目 ・ 追加 ・ 第2期) 11. 子宮頸がん (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目)							
医療機関	医療機関名						医師氏名	印
	医療機関所在地							
	電話番号							

※ 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、費用助成の対象ではありませんので、申請者の負担となります。(補助対象外)
- ②ご記入いただきました内容につきまして、個別に内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。
- ③補助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。