

別記第2号様式（第6条関係）

下松市定期予防接種再接種費用助成に関する意見書

下松市長 様

造血幹細胞移植等により、移植等の前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種の予防効果が期待できない者について、このたび、予防接種の再接種が必要な状態と認め実施したため、下松市造血幹細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり意見書を提出します。

被 接 種 者	住 所	下松市		
	(フリガ ナ) 氏 名		性別	男 ・ 女
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)		
接種済の定期 予防接種の再 接種が必要と なった理由	造血幹細胞移植等により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため			
	(疾病の名称)			
		(治療内容等)		
再接種が必要 な予防接種 ※接種が必要なも のに○をつけて ください	4種混合	1期 (1・2・3) 回目	・ 1期追加	
	3種混合	1期 (1・2・3) 回目	・ 1期追加	
	不活化ポリオ	1期 (1・2・3) 回目	・ 1期追加	
	2種混合 (DT)	2期		
	麻しん風しん	1期 ・ 2期		
	麻しん	1期 ・ 2期		
	風しん	1期 ・ 2期		
	日本脳炎	1期初回 (1・2) 回目	・ 1期追加 ・ 2期	
	ヒブ	(1・2・3) 回目	・ 追加	
	小児肺炎球菌	(1・2・3) 回目	・ 追加	
	子宮頸がん	(1・2・3) 回目		
	水痘	(1・2) 回目		
	B型肝炎	(1・2・3) 回目		
その他 ()			
		記載年月日: 年 月 日		
医療機関名				
所在地				
電話番号		医師氏名		印

※意見書にかかる注意事項

- 本様式は、造血幹細胞移植等に係る治療における主治医等、本人の症状を把握されている医師が記入してください。
- 意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外となり、申請者の負担となります。