

様式第2号（第5条関係）

小竹町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定に係る意見書

年 月 日

小竹町長 殿

下記の者について、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) (治療内容等)	
予防接種の種類	<p>※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。 (四種混合は15歳、BCGは4歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳に達するまでの間を対象となります。)</p> <p>B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目                      ヒブ : 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                      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                      不活化ポリオ : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加                      二種混合 : 2期                      BCG : 1回                      MR : 1期・2期                      水痘 : 1回目・2回目                      日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期                      子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</p>	
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号 <div style="text-align: right;">                         医師氏名 <span style="margin-left: 100px;">印</span> </div>	

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、申請者の負担となります(補助対象外)。
- (2) この意見書の内容について、小竹町の担当課より個別に照会を行う場合があります。
- (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。