

様式第 2 号（第 6 条関係）

(提出先) 苅田町長

苅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対象認定に係る意見書

造血細胞移植により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した下記の者について、再接種の実施が可能と判断しますので次のとおり意見書を提出します。

被 接 種 者	住 所	苅田町	
	氏 名	(フリガナ)	
	生年月日	年	月 日
再接種の実施が可能 と判断する理由		【理由】 造血細胞移植により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失し、予防効果等が期待できないため。	
		【その他の事項】 ※疾病の名称等を必ずご記入ください。	
		疾病の名称 : ()	
		治療内容等 : 再接種の実施が可能となった日 : 年 月 日	
予防接種の種類等		※該当するものに○を付けてください。	
		ヒブ(Hib)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
		小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目
		4種混合(DPT-IPV)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加
		3種混合(DPT)	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加
		不活性ポリオ(IPV)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
		B C G	1回
		麻しん風しん混合(MR)	第1期・第2期・第3期・第4期
		麻しん	第1期・第2期・第3期・第4期
		風しん	第1期・第2期・第3期・第4期
		水痘	1回目・2回目
		日本脳炎	第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期
		2種混合(DT)	第2期
		子宮頸がん(HPV)	1回目・2回目・3回目
		年 月 日	
所 在 地 :			
医療機関名:			
電 話 番 号: 医師氏名 印			

<特記事項>

- 1 本意見書の発行に係る費用は助成対象外となり、申請者負担となります。
- 2 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種に限ります。
- 3 本意見書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。