

鞍手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

鞍手町長 様

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

フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日生 (才 カ月)
再接種が 必要な理 由	(疾病の名称) (治療内容)	
20歳ま でに再接 種する予 防接種	*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 ヒブ 小児用肺炎球菌 ロタウイルス BCG B型肝炎 水痘 MR（麻しん風しん） 日本脳炎 二種混合 不活化ポリオ 子宮頸がん（HPV） その他（ ）	I期初回（1回目・2回目・3回目）・I期追加 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加 1回目・2回目・3回目 1回 1回目・2回目・3回目 1回目・2回目 I期・II期 I期初回（1回目・2回目）・I期追加・II期 2期 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加 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申請者の負担となります。（補助対象外）
- (2) ご記入いただい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。ご協力ください。
- (3) 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場合に、補助対象となります。