

様式第2号（第4条関係）

合志市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成認定に係る意見書

年 月 日

（あて先）合志市長

造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

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、本人も了承しています。

| | | | | | | |
|---|---|--|---|------|---|-----|
| 接種対象者 | 住 所 | 合志市 | | | | |
| | ふりがな | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | |
| | 生年月日 | 年 | 月 | 日生（満 | 歳 | ヶ月） |
| 接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由 | 疾 病 名 | | | | | |
| | 理 由 | <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 再接種を行う予防接種の種類 ※該当する予防接種を○で囲んでください。 | • B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 • 小児用肺炎球菌 : 初回（1回目・2回目・3回目）・追加 • 五種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加 • 麻しん・風しん（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 • 二種混合 : 2期 • H PV : 1回目・2回目・3回目 • その他（ ） | | | | | |
| | (医療機関名) | | | | | |
| | (所 在 地) | | | | | |
| | (電話番号) | | | | | |
| | (医師の署名又は記名押印) | | | | | |

【注意事項】

1. この意見書の発行に費用がかかる場合は、費用助成の対象外です。
2. この意見書の内容について、合志市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
3. 再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
4. 再接種する予防接種は、任意接種となります。