

須恵町長

須恵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認定に係る意見書

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

氏名 <small>かりがな</small>	生年月日	年 月 日
再接種が必要な理由	(疾病の名称)  (治療の内容)	
予防接種の種類	※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	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
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号	医師氏名 <span style="float:right">㊞</span>

※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、費用助成の対象外ですので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、須恵町の担当課より個別に内容照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします
- (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。