様式第２号（第５関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　金ケ崎町長　様

金ケ崎町予防接種再接種費用助成に関する意見書

下記の者は、造血幹細胞移植の医療行為等特別の理由により、定期の予防接種によって得られた免疫が経年的に低下又は消失し、その効果が期待できないため、再度これらの予防接種を実施する必要があることを認めます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 再接種者  （被接種者） | フリガナ |  | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳　　か月） |
| 氏　 名 |  |
| 住　所 |  | | |
| 定期の予防接種による免疫が低下又は消失した特別な理由 | 疾病名 |  | | |
| 治療内容 |  | | |
| 治療期間 |  | | |
| 再接種が必要な予防接種の種類及び回数  ※該当する□に✔を記入してください。また、（　）内に必要な回数を記入してください。 | | □　四種混合　　　　　　　　　（　　　回）  □　二種混合（ＤＴ）　　　　　（　　　回）  □　麻しん風しん混合（ＭＲ）　（　　　回）  □　麻しん（単独）　　　　　　（　　　回）  □　風しん（単独）　　　　　　（　　　回）  □　日本脳炎　　　　　　　　　（　　　回）  □　子宮頸がん　　　　　　　　（　　　回）  □　ヒブ 　　　　　　　　 　　（　　　回）  □　小児肺炎球菌 　　　　　 　（　　　回）  □　水痘　　　　　　　　　　　（　　　回）  □　Ｂ型肝炎 　　　　　　 　　（　　　回） | | |
| 医療機関所在地  医療機関名  電話番号　　　（　　　　）　　　　　　　　　　　　　 医師氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印） | | | | |

【意見書作成に係る注意事項】

・この意見書の発行にかかる費用は、費用助成の対象外です。

・助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植の医療行為等を受けるまでに定期接種として接種済みのものに限ります。

・この助成により再接種する予防接種は、任意接種となります。