

(宛先)飯塚市長

骨髄移植後等予防接種再接種費用助成対象者認定に係る意見書

下記の者について、骨髄移植、化学療法等の医療行為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	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 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 印

※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(助成対象外)。
- (2) ご記入いただいた内容につきまして、飯塚市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) 助成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。