

定期予防接種再接種費用助成事業に係る意見書

造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種のワクチンによる免疫が低下又は消失したため再度接種する必要がある、この度、当該接種が可能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、本人も了承しています。

対象者	住 所			
	(フリガナ)			生年月日
	氏 名	男・女		年 月 日
接種済みの定期予防接種の再接種が必要となった理由	造血幹細胞移植により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため。			
	(疾病の名称) (疾病内容等)			
再接種が可能となった日	年 月 日			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 三種混合	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合	2期		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（単独）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目		
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	初回（1回目・2回目）・追加 ・2期		
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目		
医 療 機 関	記入年月日： 年 月 日			
	医療機関名			
	所在地			
	電 話 番 号	医師氏名		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。
- ・この意見書の内容について、国見町の担当課から個別に照会を行う場合がありますのでご了承ください。
- ・助成の対象となる予防接種は、造血幹細胞移植を受けるまでに定期予防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。