

様式第2号（第5条関係）

各務原市小児がん患者ワクチン再接種費用助成の認定に係る意見書

（宛先）各務原市長

下記の者について、造血幹細胞移植により接種済の定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消滅しているため、再接種が必要であることを証明します。また、今般の予防接種の再接種が可能な状態であると判断するとともに、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。

接種対象者	フリガナ	
	氏名	
	住所	〒
	生年月日	年 月 日（満 歳）
接種済の定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した原因となった疾病名と治療内容	(疾病の名称)	
	(造血幹細胞移植の実施日及び内容)	
再接種する予防接種に○をつけてください。	・ B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目
	・ 小児用肺炎球菌	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ ヒブ	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 四種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 不活化ポリオ（単独）	: 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 三種混合	: 1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種
	・ 麻しん・風しん（MR）	: 1期・2期
	・ 麻しん	: 1期・2期
	・ 風しん	: 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
・ 子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目	
記載年月日： 年 月 日		
医療機関名	:	
医療機関所在地	:	
電話番号	:	( ) 医師氏名 _____

※意見書作成に係る注意事項

- ・ この意見書の発行に当たり費用が必要な場合、当該費用は申請者の負担となります。
- ・ 再接種する予防接種で費用助成の対象になるものは、過去に定期接種として接種済の予防接種となります。
- ・ 再接種する予防接種は、任意接種となります。