

様式第2号(第6条関係)

粕屋町長 様

粕屋町造血細胞移植後予防接種費用助成対象者認定に係る意見書

年 月 日

下記の者について、造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植又は臍帯血移植）等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

|           |   |      |        |
|-----------|---|------|--------|
| ふりがな      |   | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 氏名        |   |      |        |
| 再接種が必要な理由 | (造血細胞移植が必要となった疾病名)<br><br>(治療の内容)   |      |        |
| 予防接種の種類   | <p>【再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください】</p> <p>B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目</p> <p>ヒブ : 初回(1回目・2回目・3回目) ・ 追加</p> <p>小児肺炎球菌 : 初回(1回目・2回目・3回目) ・ 追加</p> <p>四種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目) ・ 追加</p> <p>三種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目) ・ 追加</p> <p>二種混合 : 2期</p> <p>不活化ポリオ : 初回(1回目・2回目・3回目) ・ 追加</p> <p>MR : 1期 ・ 2期</p> <p>水痘 : 1回目 ・ 2回目</p> <p>日本脳炎 : 1期初回(1回目・2回目) ・ 1期追加 ・ 2期</p> <p>BCG : 1回</p> <p>子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目</p> |      |        |
| 医療機関      | <p>医療機関名 :</p> <p>医療機関所在地 :</p> <p>電話番号 : _____ 医師氏名 _____ 印</p>  |      |        |

○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いて、粕屋町の担当課より個別に内容紹介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のみです。