

南国市長 様

南国市骨髄移植後定期予防接種ワクチン再接種費補助金交付対象再接種者認定に係る意見書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない以下の者について、このたび、ワクチンの再接種が可能な状態と認められると判断しますので、意見書を提出します。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。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日 生 (満 才 か 月)
住 所	(〒 -) 南国市	
再接種が 必要な理由	(理由) 骨髄移植（末梢血幹細胞移植を含む。）により、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期の予防接種で得た免疫が低下し、又は消失したことにより、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) (治療内容等) (移植または手術日) 年 月 日	
再接種が可能となった日		年 月 日
再接種が必要なワクチンの種類	<ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・ヒブ : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・小児用肺炎球菌 : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・B型肝炎 : 初回(1回目・2回目)・追加 ・四種混合(DPT-IPV) : 第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加 ・三種混合(DPT) : 第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加 ※再接種が必要なものに○をつけてください。 ・不活化ポリオ(単独) : 初回(1回目・2回目・3回目)・追加 ・二種混合 : 第2期 ・麻しん・風しん(MR) : 1期・2期 ・水痘 : 1回目・2回目 ・日本脳炎 : 第1期初回(1回目・2回目)・第1期追加・第2期 ・子宮頸がん予防 : 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費用が必要な場合は、補助金の対象外ですので申請者の負担となります。
- ・この意見書の内容について、南国市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご協力をお願いします。
- ・補助金の交付の対象となる再接種者は、接種済みの定期予防接種の接種回数及び接種間隔が、予防接種実施規則の規定によるものであることが必要です。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。
- ・医師本人が自筆する場合は、医師氏名箇所の押印は不要です。