

様式第2号（第5条関係）

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象認定に係る意見書

大野市長 様

骨髄移植等により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した次の者について、再接種の実施が可能と判断しますので次のとおり意見書を提出します。

被接種者	住 所		
	ふりがな 氏 名		
	生年月日	年	月 日（ 歳 か月）
再接種が必要な理由	理 由		
	疾病の名称		
	治療内容		
	移 植 日	年	月 日
接種が可能となった日		年	月 日
再接種が必要な予防接種の種類等 (該当するものに○を付けてください。)	B型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	ヒブ (Hib)	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	
	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	
	不活化ポリオ (IPV)	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
	BCG (結核)	1回	
	麻しん風しん混合 (MR)	第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期	
	麻しん	第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4期	
	風しん	第1期 ・ 第2期 ・ 第3期 ・ 第4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	
	二種混合 (DT)	第2期	
	子宮頸がん (HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	ロタウイルス	ロタリックス	1回目 ・ 2回目
ロタテック		1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
所 在 地			年 月 日
医療機関名			
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。
- ・この意見書の内容について、大野市より個別に照会を行う場合がありますので、御協力をお願いします。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。
- ・再接種日及び助成金の申請をする日において、市内に住所を有する20歳未満の者が対象となります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。