様式第２号

八郎潟町骨髄移植等に係る予防接種再接種費用助成対象認定に係る意見書

八　郎　潟　町　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し、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 | 八郎潟町 |
| 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（該当するものに〇を付けてください。） | 五種混合（DPT-IPV-Hiｂ） | 第１期初回（１回目・２回目・３回目）・第１期追加 |
| 二種混合（DT) | 第２期 |
| 麻しん風しん混合（MR） | 第１期　・　第２期 |
| 麻しん | 第１期　・　第２期 |
| 風しん | 第１期　・　第２期 |
| 日本脳炎 | 第１期初回（１回目・２回目）・第１期追加・第２期 |
| 結核（BCG） | １回目 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回（１回目　・　２回目　・　３回目）　・　追加 |
| ヒトパピローマウイルス感染症（HPV） | １回目　・　２回目　・　３回目 |
| 水痘 | １回目　・　２回目 |
| Ｂ型肝炎 | １回目　・　２回目　・　３回目 |
| ロタウイルス感染症 | １価（１回目　・　２回目）５価（１回目　・　２回目　・　３回目） |
| 　住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　 　印　電話番号　　 |

※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、八郎潟町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、過去に定期接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。