　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年 　月 　日

錦江町長 　　様

錦江町造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に関する意見書

下記の者は、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンの予防効果が低下または消失の可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認めます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 接　種  対象者 | 住　　所 |  | | |
| 氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | 年 　　月 　　日 | | |
| 疾病名 | |  | | |
| 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  ※該当するものに  チェック☑してく  ださい。 | | □四種混合(DPT-IPV) | □三種混合(DPT) | □不活化ポリオ |
| □二種混合(DT) | □Ｂ型肝炎 | □水痘 |
| □小児用肺炎球菌 | □ヒブ | □日本脳炎 |
| □麻しん・風しん混合 | □麻しん | □風しん |
| □子宮頸がん | □ロタ | □ＢＣＧ |
| 医療機関所在地  医療機関名  医　　師　　名  （署名又は記名押印） | | 印 | | |

意見書作成に係る注意事項

注１　この意見書の発行に費用が必要な場合は申請者負担となります（助成対象外）。

注２　医療機関にてご記入いただいた内容につきまして、照会を行う場合があります。