様式第２号（第５条関係）

　　　年　　月　　日

宮若市長　様

宮若市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用補助認定に係る意見書

下記の者について、骨髄移植等による造血幹細胞の移植（造血細胞移植）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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 再接種が必要な理由 | （疾病の名称）（治療の内容） |
| 20歳までに再接種する予防接種※〇を付けてください※四種混合は15歳BCGは4歳ヒブは10歳小児用肺炎球菌は6歳に達するまでの間が対象となります | ※再接種が必要と判断する予防接種を〇で囲んでください。 |
| 四種混合 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 三種混合 | １期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加 |
| 二種混合 | ２期 |
| 不活化ポリオ | 初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| ＭＲ（麻しん風しん） | １期・２期 |
| 日本脳炎 | １期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期 |
| ＢＣＧ | １回 |
| ヒブ | 初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 小児用肺炎球菌 | 初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加 |
| 子宮頸がん | 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 |
| 医療機関 | 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

　(1)この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用補助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きまして、宮若市の担当課より個別に内容照会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します。

(3)補助の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を接種する予防接種です。