第２号様式（第５条関係）

　　年　　月　　日

（宛先）阿久根市長

阿久根市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

　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し、又は消失した可能性が高く、ワクチンの再接種が必要と認められるので意見書を提出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種  対象者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 疾病名 | |  |
| 移植日 | |  |
| 接種が可能となった日 | |  |
| 再接種が必要な予防接種の種類  ※　該当するものに☑してください。 | | □四種混合(DPT-IPV)　□小児用肺炎球菌　□子宮頸がん　□三種混合(DPT)　 □Ｂ型肝炎　　　□水痘  □二種混合(DT)　 □不活化ポリオ　□日本脳炎　□ヒブ　　　　　□麻しん　　　　□風しん  □麻しん・風しん混合(MR) |
| 医療機関所在地  医療機関名  医師氏名  （署名又は記名押印） | |  |

※　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あり、申請者の負担となります。