

様式第2号（第5条関係）

筑前町造血細胞移植後の任意再接種費用助成に関する意見書

年 月 日

筑前町長 宛

下記の者について、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

ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
再接種 が必要 な理由	(疾病の名称) (治療内容等)	(治療日) 年 月 日	
予 防 接 種 の 種 類	※再接種が必要と判断する予防接種に☑してください。 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 初回接種(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 初回接種(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 初回接種(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 二種混合 2期 <input type="checkbox"/> BCG 1回 <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回(<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 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	印

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、申請者の負担となります（助成対象外）。
- (2) この意見書の内容について、筑前町役場担当より個別に照会を行う場合があります。
- (3) 助成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。