

玉名市長 様

玉名市造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書

造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

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、本人も了承しています。

接種対象者	住 所		
	ふりがな	-----	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病名		
	移植日	年	月 日
	理由	<input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 抹消血管幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 <input type="checkbox"/> その他 ()	
再接種を行う予防接種 (該当する項目にチェック及び○を記入)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症	初回(1回目・2回目 3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 4種混合(DPT-IPV)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 5種混合 (DPT-IPV-ヒブ)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期 ・ 2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	初回(1回目・2回目)・追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 2種混合(DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> HPV	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	<input type="checkbox"/> その他		
(医療機関名) (所在地) (電話番号) (医師の署名(自署)又は記名押印)			

【注意事項】

- 1 この意見書の発行に費用が掛かる場合は、費用助成の対象外です。
- 2 この意見書の内容について、玉名市の担当課より個別に照会を行う場合がありますので御了承願います。
- 3 再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- 4 再接種する予防接種は任意接種となります。
- 5 助成の対象は、被接種者が20歳未満に限ります。ただし、BCGは4歳未満、ヒブ感染症は10歳未満、小児肺炎球菌は6歳未満、4種混合と5種混合は15歳未満に限ります。