

守口市造血細胞移植等後再接種費用助成対象認定に係る意見書

下記の者について、疾病の治療により接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消滅しているため、再接種が必要であることを証明します。

また、今般の予防接種の再接種が可能な状態であると判断するとともに、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。

接種 対象 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (満 歳)
接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した原因となった疾病名と治療内容	(疾病の名称)	
	(造血細胞移植又は化学療法の医療行為の実施日及び内容)	
再接種する予防接種に○をつけてください。 ※接種可能な年齢に制限のあるワクチンがあります。	・ B型肝炎	: 1回目・2回目・3回目
	・ 小児用肺炎球菌※6歳未満	: 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ ヒブ ※10歳未満	: 初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 五種混合 ※15歳未満	: 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 三種混合	: 1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 不活化ポリオ (単独)	: 初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加
	・ 麻しん・風しん (MR)	: 1期・2期
	・ 水痘	: 1回目・2回目
	・ 日本脳炎	: 1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
	・ 二種混合	: 2期
・ 子宮頸がん	: 1回目・2回目・3回目	
・ BCG ※4歳未満		
記載年月日：令和 年 月 日		
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

- ・ この意見書の発行にあたり費用が必要な場合は、費用助成の対象外となるため申請者の負担となります。
- ・ この意見書の内容について、守口市の予防接種担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご協力願います。
- ・ 再接種する予防接種で費用助成の対象になるものは、過去に定期接種として接種済の予防接種となります。
- ・ 再接種する予防接種は、任意接種となります。

※四種混合ワクチンは販売終了に伴い、有効期限が満了しました。

四種混合の再接種が必要な場合は、五種混合、または、三種混合と不活化ポリオに○をつけてご対応ください。