様式２

　年 　月 　日

東串良町長　殿

東串良町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又は消失の可能性が高く,ワクチン再接種が必要と認められますので意見書を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接　種  対象者 | 住　所 | 肝属郡 東串良町 |
| 氏　名 | ﾌﾘｶﾞﾅ |
|  |
| 生年月日 | 年 　月 　日 　（ 満　　　歳　　　か月 ） |
| 疾病名 | |  |
| 移植日 | | 年　　　月　　　日 |
| 接種が可能  となった日 | | 年　　　月　　　日 |
| 再接種が必要な  予防接種の種類  ※該当するものにチェック☑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) |
| 記載年月日　　　　年　　月　　日  ・医療機関名  ・医療機関住所  ・電話番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | |

【意見書作成に係る注意事項】

注１　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す

ので申請者の負担となります。

注２　ご記入いただきました内容につきまして，内容照会を行う場合が

ありますので、御協力いただきますようお願いいたします。