

様式第2号（第6条関係）

福津市造血細胞移植後の任意予防接種助成に関する意見書

年 月 日

（あて先）福津市長

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 氏	がな 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)		
予防接種の 種類 (20歳まで に再接種す るもの)	※再接種が必要と判断する予防接種を○で囲んでください。 B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 小児用肺炎球菌 : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加 五種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 四種混合 : 1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加 ヒブ : 初回接種（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）・1期追加 不活化ポリオ : 初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加 二種混合 : 2期 BCG : 1回 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 子宮頸がん : 1回目・2回目・3回目		
接種予定 医療機関	医療機関名		
上記のとおり、予防接種の実施について意見を提出します。			
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話番号			
医師氏名 (※)			
(※) 本人が自署しない場合は、記名押印してください。			

理由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、福津市の担当課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。