

釜石市長 宛て

釜石市特別の理由による予防接種の再接種費用助成に関する意見書

造血幹細胞移植等の医療行為により、過去に接種した定期予防接種の効果が低下し、又は消失したため再度接種する必要があり、当該接種が可能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、被接種者又はその保護者も了承しています。

被接種者	住 所	電話番号 ()		
	氏 名	(ふりがな)	生年 月日	年 月 日
疾病名等、 特別な事情 の内容	(疾病の名称) (治療内容等) ※該当する項目に✓をつけてください。 <input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植手術 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> その他 ()			
再接種が 必要な予防 接種の 種類、回数 ※○で囲む	五種混合	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	四種混合	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	三種混合	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	二種混合	2期		
	不活化ポリオ (単独)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	麻しん風しん混合 (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		
備 考				
医療機関所在地 医療機関名 電話番号 医師名 (署名または記名押印)				

【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の内容について、釜石市より照会を行う場合がありますので、ご了承ください。
- ・助成の対象になる予防接種は、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。また、再接種する予防接種は、任意接種となります。