

第2号様式（第5条関係）

年 月 日

瀬戸内町長 様

瀬戸内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し、又は消失した可能性が高く、ワクチンの再接種が必要と認められるので意見書を提出します。

記

接 種 対 象 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	
疾 病 名		
移 植 日		
接種が可能となった日		
再接種が必要な予防接種の種類 ※該当するものに☑してください。		<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 三種混合（DPT） <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 二種混合（DT） <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合（MR）
医療機関所在地 医療機関名 医師名		

※ 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あり、申請者の負担となります。