

第2号様式（第5条関係）

山武市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成に関する医師の意見書

年 月 日

(宛先) 山武市長

医療機関名

所在地

電話番号

担当医師名

印

(自署の場合は印省略可)

次の者は、造血細胞移植により、すでに接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

| | | | | |
|---------------------------|---------|-----------|------|---------|
| 被 接 種 者 | 住 所 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | (男 ・ 女) | | (歳 か月) |
| 造血細胞移植を行った日 | 年 月 日 | | | |
| 再接種が必要な 予防接種の種類 と回数 | 予防接種の種類 | | | 回数 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

この意見書は、山武市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成事業に関して、再接種を行う予防接種が助成の対象となるかどうかを判断することを目的としています。

注) この意見書の発行に係る費用は助成対象外です。

注) 助成の対象は、過去に定期接種として接種済みのものに限りません。

注) この意見書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。