

綾川町特別の理由による任意予防接種費用助成対象認定に係る意見書
(あて先) 綾川町長

骨髄移植その他の理由により、移植等の前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した下記の者について、再接種の実施が可能と判断し、次のとおり意見書を提出します。

記

	住 所	綾川町			
被接種者	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
再接種の実施が可能と判断する理由		【理由】 骨髄移植等により、移植等の前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失し、予防効果等が期待できないため。			
		【その他の事項】※疾病の名称等を必ずご記入ください。 疾病の名称：() 治療内容等： 再接種の実施が可能となった日： 年 月 日			
予防接種の種類等	※該当するものに○をつけてください				
	ヒブ (Hib)	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	
	ロタウイルス	1 回目	2 回目	3 回目	
	5 種混合 (DPT-IPV-Hib)	第 1 期初回 (1 回目	2 回目	3 回目)	第 1 期追加
	4 種混合 (DPT-IPV)	第 1 期初回 (1 回目	2 回目	3 回目)	第 1 期追加
	3 種混合 (DPT)	第 1 期初回 (1 回目	2 回目	3 回目)	第 1 期追加
	不活化ポリオ (IPV)	初回 (1 回目	2 回目	3 回目)	追加
	結核 (B C G)	1 回			
	麻しん風しん混合 (MR)	第 1 期	第 2 期		
	麻しん	第 1 期	第 2 期		
	風しん	第 1 期	第 2 期		
	水痘	1 回目	2 回目		
	日本脳炎	第 1 期初回 (1 回目	2 回目)	第 1 期追加	第 2 期
	2 種混合 (DT)	第 2 期			
	子宮頸がん (HPV)	1 回目	2 回目	3 回目	
	年 月 日				
医療機関名：					
所在地：					
電話番号：					
医師氏名 印					

【特記事項】

- 1 本意見書の発行に係る費用が生じる場合、領収書があれば助成対象となります。
- 2 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期接種に限ります。
- 3 本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。