

日南市長 様

## 日南市定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断しますので、意見書を提出します。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。

被接種者	住所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏名	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日	（満 歳 ヶ月）
再接種が必要な理由	(疾病の名称)  (治療内容等)  (移植または治療開始日等) 年 月 日 (再接種の実施が可能となった日) 年 月 日		
再接種が必要な 予防接種の 種類  ※再接種する予防 接種に○を付けて ください	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・1 期追加	
	B C G		
	四種混合 (DPT-IPV)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・1 期追加	
	三種混合 (DPT)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 )・1 期追加	
	二種混合 (DT)	2 期	
	日本脳炎	1 期初回 ( 1 回目・2 回目 )・1 期追加・2 期	
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期	
	麻しん	1 期・2 期	
	風しん	1 期・2 期	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目	
	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	
	水痘	1 日目・2 回目	
	B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
医療機関所在地 医療機関名 医師名			

この理由書は、定期予防接種ワクチン再接種費用助成対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が日南市に報告されることに同意します。

保護者自署

## 【注意事項】

- ・この意見書発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外となり、申請者負担となります。
- ・助成の対象となる予防接種は、過去に受けた定期接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。健康被害が生じた場合は、独立行政法人医薬品医療機器機構法による救済の対象となります。