別紙

武雄市長　様

武雄市予防接種再接種費用助成金の対象者認定に係る意見書

　造血細胞移植により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない次の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態である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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生　年　月　日 |
| 氏　名 |  | | 年　　　月　　　日 生  (　満　　　歳　　　か月　) |
| 住　所 | （〒　　　　　－　　　　　） | | |
| 再接種が必要な理由 | （理由） | | |
| （疾病の名称） | | |
| （治療内容等）  （移植日）  　　　　　　　　 年　　　月　　　日 | | |
| 接種が可能となった日 | 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○をつけてください | | | |
| ・ヒブ  ・小児肺炎球菌  ・Ｂ型肝炎  ・四種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ）  ・五種混合（ＤＰＴ－ＩＰＶ－Ｈｉｂ）  ・二種混合  ・麻しん・風しん（ＭＲ）  ・水痘  ・日本脳炎  ・子宮頸がん予防（ＨＰＶ）  ・その他（ | | ：初回接種（　１回目・２回目・３回目　）・追加  ：初回接種（　１回目・２回目・３回目　）・追加  ：１回目・２回目・３回目  ：１期初回（　１回目・２回目・３回目　）・１期追加  ：１期初回（　１回目・２回目・３回目　）・１期追加  ：２期  ：１期・２期  ：１回目・２回目  ：１期初回（　１回目・２回目　）・１期追加・２期  ：１回目・２回目・３回目  ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 記載年月日：　　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  医療機関所在地  電話番号　　　　　（　　　　　）　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | |

**※意見書の作成に係る注意事項**

・この意見書の発行に費用が必要な場合は、当該費用は助成金の対象外です。認定申請者の負担となります。

・この意見書の内容について、市の担当課より個別に照会を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。

・助成金の対象になる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種の種類のみとなります。

・再接種が必要と医師に判断された日において、要再接種者が２０歳未満であること。

・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による救済の対象となります。