

行橋市長 殿

行橋市造血細胞移植後の任意接種費用補助認定に係る意見書

下記の者について、造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植または臍帯血移植）等による接種済みの定期予防接種の効果の低下または消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

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。

記

氏名	(フリガナ)	生年月日	年 月 日
再接種が必要な理由	(疾病の名称) (治療の内容等)		
再接種する 予防接種 <small>※1年以内に接種を予定しているものを○で囲んでください</small>	四種混合	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	
	不活化ポリオ	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・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	
	ヒブ（Hib）	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加	
	小児用肺炎球菌	初回接種（1 回目・2 回目・3 回目）・追加	
	麻しん風しん混合（MR）	1 期・2 期	
	BCG	1 回	
	水痘	1 回目・2 回目	
	B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	子宮頸がん	1 回目・2 回目・3 回目	
医療機関	医療機関名 医療機関所在地 電話番号		医師氏名 印

※意見書作成に係る注意事項

1. この意見書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります（補助対象外）。
2. この意見書の内容について、行橋市の担当課より個別に照会を行う場合があります。
3. 補助の対象となる予防接種は、過去に受けた予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。