

様式第2号（第6条関係）

箕面市定期予防接種再接種費用自己負担金助成対象認定に係る意見書

造血細胞移植等により、移植等前に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、予防接種が可能な状態であると判断し、再接種が必要と認められ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。

記

接種対象者	フリガナ	
	氏名	
	住所	箕面市
	生年月日	年 月 日（満 歳）
接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した原因となった疾病名と治療内容等	(疾病の名称)	
	【造血幹細胞移植】（該当するものにチェックしてください。） <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 【その他】 <input type="checkbox"/> 化学療法 【移植又は治療日】 年 月 日	
	予防接種の再接種が可能となった日 年 月 日	
再接種が必要な予防接種	ワクチン種類	該当するものに○印を記入してください
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	ヒブ	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
	五種混合 / 三種混合 ※該当するものに○	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	二種混合	2期
	BCG	1回
	麻しん・風しん混合（MR）	1期・2期
	水痘	1回目・2回目
	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	子宮頸がん	1回目・2回目・3回目
	不活化ポリオ	初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	その他（ワクチン名： )	( ) ( ) ( ) ( )
その他（ワクチン名： )	( ) ( ) ( ) ( )	
医療機関名	記載年月日： 年 月 日	
医療機関所在地		
電話番号	医師氏名 _____	

※意見書作成に係る注意事項

- ・意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外となり、申請者の負担となります。
- ・意見書の内容について、箕面市より個別に照会を行う場合がありますのでご協力願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象になるものは、過去に定期接種として接種済の予防接種となります。
- ・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総合機構による救済制度の対象となります。