

様式第2号（第5条関係）

桶川市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金に係る意見書

年 月 日

桶川市長

医療機関 所在地
名称
電話番号
医師名

次の者は、造血細胞移植により定期の予防接種で得た免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると判断しました。

なお、再接種の必要性及び副作用については、本人及び保護者に対して十分に説明し、了承を得ています。

被接種者	フリガナ		生年	年 月 日
	氏名		月日	(満 歳 か月)
	住所			
疾病名				
再接種が必要な理由	() 移植 (※) により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期の予防接種で得た免疫が低下又は消失し、その効果が期待できないため ※ 助成金の対象となる造血細胞移植は、骨髄移植、末しょう血幹細胞移植及びさい帯血移植です。			
再接種が可能な状態と判断された日	年 月 日			
再接種を必要とする予防接種及び回数				

(注意事項)

- 1 本意見書に係る費用は、助成対象外となり、被接種者本人又は保護者の負担となります。
- 2 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。