

様式第2号（第6条関係）（表面）

骨髄移植後等の予防接種の再接種費用助成に関する理由書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の免疫が低下若しくは消失した下記の者について、再度予防接種が必要であり、この度、予防接種が可能な状態と判断であると判断します。

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、了承も得ています。

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所			
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由及び治療内容	疾病名		
	理由	<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	
	治療内容	①移植日 年 月 日 ②GVHDの有無 ③免疫抑制剤の使用状況 ④その他特記事項	
再接種を行う予防接種の種類	ワクチン名	該当するものに○をつけてください	
	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	Hib（ヒブ）	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	小児肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	
	4種混合（DPT-IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加	
	5種混合（DPT-IPV-Hib）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加	
	三種混合（DPT）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加	
	不活化ポリオ（IPV）	第1期初回（1回目・2回目・3回目）・第1期追加	
	二種混合（DT）	第2期	
	麻しん風しん混合	第1期・第2期	
	麻しん	第1期・第2期	
	風しん	第1期・第2期	
	水痘	1回目・2回目	
	日本脳炎	第1期初回（1回目・2回目）・第1期追加・第2期	
ヒトパピローマウイルス（HPV）	1回目・2回目・3回目		

様式第2号（第4条関係）（裏面）

接種予定 医療機関 ※再接種を実施 する予定の医 療機関をご記 入ください。	医療機関名	
	連絡先	
	移植を行った医療機関以外の場合：紹介の有無（有・無）	
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	印

※意見書作成に係る注意事項

- ・意見書は、骨髄移植等を実施した医療機関の医師より記載していただきますようお願いいたします。
- ・意見書の内容について、神河町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。
- ・再接種を行う予防接種で助成の対象となるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種のみとなります。
- ・助成の対象となるのは、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限りです。
- ・意見書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外のため申請者の負担となります。