

## 造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成認定に関する意見書

年 月 日

久喜市長 あて

造血細胞移植により、下記のとおり接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断し、再接種の実施が可能な状態と認められたため、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		生年	年 月 日
	氏名		月日	
	住所			
疾病の名称				
再接種の実施が可能と判断された日		年 月 日		
接種済みの定期の予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由		（ ）移植により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期予防接種で得た免疫が低下又は消失し、予防効果が期待できないため。		
再接種する 予防接種の 種類 期・回数  ※該当するものに○をつけてください。  ※その他の場合は、()内に、予防接種の種類、期・回数を記入してください。	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		
	B型肝炎	1回目 2回目 3回目		
	五種混合	第1期初回（1回目 2回目 3回目） 第1期追加		
	四種混合	第1期初回（1回目 2回目 3回目） 第1期追加		
	BCG	1回		
	麻しん風しん混合	1回目 2回目		
	麻しん	1回目 2回目		
	風しん	1回目 2回目		
	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		
	二種混合	第2期		
	子宮頸がん	1回目 2回目 3回目		
	その他（ ）	（ ）		
医療機関	医療機関名：			
	所在地：			
		電話番号：		
		主治医氏名 (署名又は記名押印)		

※裏面の意見書作成に係る注意事項をご覧のうえ、作成をお願いします。

(裏)

**【意見書作成に係る注意事項】**

- 1 この意見書の発行に当たり費用が発生する場合（文書料、抗体検査料等）は、接種対象者（保護者）の負担となります。
- 2 再接種は、任意接種となります。概ね1年以内に再接種可能な予防接種の種類及び回数を全てご記入ください。
- 3 接種対象者への助成金の交付対象となる造血細胞移植は、骨髄移植、末梢血幹細胞移植及びさい帯血移植です。
- 4 接種対象者への助成金の交付対象となる予防接種は、造血細胞移植の前に接種した定期の予防接種と同種のものに限ります。  
また、長期療養の特例に年齢制限が設けられている予防接種は、その年齢に達するまでに再接種したものに限りません。  
定期の予防接種で実施していない予防接種については、助成金の対象となりません。
- 5 再接種の必要性や副反応については、保護者に十分にご説明ください。
- 6 接種対象者（保護者）への助成金の交付決定の審査において必要が生じた場合には、意見書をご記入いただいた医師に必要事項の確認をさせていただくことがございますので、あらかじめご了承ください。