

(様式第 2 号)

(宛先) 東大阪市長

東大阪市骨髄移植等による定期予防接種ワクチン再接種費用助成の対象者認定に係る意見書

骨髄移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない下記の者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断しますので、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。

フリガナ		生 年 月 日
氏 名		年 月 日生 (満 才 か月)
住 所	(〒 ー) 東大阪市	
再接種が必要な理由	(理由) ※該当するものに丸印をつけてください。 (・造血細胞移植 ・臓器移植手術 ・抗がん剤治療 ・その他) に より、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないため	
	(疾病の名称)	
	(治療内容等)	
	(移植または手術日) 年 月 日	
接種が可能と なった日	年 月 日	
再接種が必要な 予防接種の種類 ※再接種する予防接種に ○をつけてください	・BCG ・ヒブ : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ・小児肺炎球菌 : 初回接種 (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 (DPT-IPV-Hib) : 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 (単独) : 初回接種 (1 回目・2 回目・3 回目) ・追加 ・二種混合 : 2 期 ・麻しん・風しん (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 ・子宮頸がん予防 (HPV) : 1 回目・2 回目・3 回目	
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	印

※意見書作成に係る注意事項※

- この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担となります。
- この意見書の内容について、東大阪市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご協力お願いします。
- 再接種する予防接種で費用助成の対象になるのは、過去に定期接種として接種済の予防接種の種類および回数のみとなります。また、接種間隔が規定の接種間隔と異なる場合は、対象外となりますのでご注意ください。
- 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機構による救済の対象となります。