

大野城市造血細胞移植後の任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

大野城市長 宛

下記の者について、造血細胞移植に起因する当該移植前に受けた予防接種法に基づく定期の予防接種で得た免疫の低下又は消失を理由として、定期予防接種に係る疾病を予防するために任意での再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

記

対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
再接種が必要な理由	疾病名	
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	移植の種類	骨髄移植 ・ 末梢血幹細胞移植 ・ さい帯血移植
	移植実施日	年 月 日
再接種を必要とする予防接種及び回数 ※再接種が必要と判断するものに○をつけてください。	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加
	B C G	1 回
	五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加
	四種混合 (DPT-IPV)	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
	二種混合 (DT)	2 期
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・2 期
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期
	麻しん	1 期・2 期
	風しん	1 期・2 期
	子宮頸がん (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目
	ヒブ (Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加
	小児用肺炎球菌	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加
	水痘	1 回目・2 回目
B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
医療機関名	医療機関名	
	医療機関所在地	
	電話番号	
		医師氏名

【理由書作成に係る注意事項】

- (1) この理由書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります (助成対象外)。
- (2) この理由書の内容について、大野城市の担当課から個別に照会を行う場合があります。
- (3) 助成の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンです。