

中津市造血幹細胞移植後等における再予防接種費用助成対象認定に関する意見書

被 接 種 者	フリガナ	
	氏 名	
	住 所	〒
	生年月日	年 月 日 (満 歳)
接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消失した原因となった疾病名と治療内容		(疾病の名称)
		(実施日、内容)
再 接 種 が 必 要 な 予 防 接 種		
上記の者について、骨髄移植等を行ったことにより、接種済みの定期予防接種で得た免疫が低下し、又は消滅しているため、再接種が必要であることを証明します。また、今般の予防接種の再接種が可能な状態であると判断するとともに、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。 年 月 日 医療機関名 : 医療機関所在地 : 電話番号 : () 医師氏名		

※意見書作成に係る注意事項

- ・ この意見書の発行に当たり費用が必要な場合は、費用助成の対象外となるため申請者の負担となります。
- ・ この意見書の内容について、中津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願います。
- ・ 再接種する予防接種で費用助成の対象になるものは、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種となります。必ず母子健康手帳等で、接種歴の確認をお願いします。
- ・ 再接種する予防接種は、任意接種となります。