

(様式第2号)

堺市特別の理由による任意予防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。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
住 所	(郵便番号 —)	
接種済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	骨髄移植等により、接種済の予防接種の予防効果が期待できないため	
	疾病の名称その他の詳細を余白に記載してください。 (疾病の名称) (治療内容等)	
再接種する 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)・追加接種 ・小児肺炎球菌 : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・四種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・三種混合 : 1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加 ・B型肝炎 : 1回目・2回目・3回目 ・不活化ポリオ(単独) : 初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・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 : 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

※診断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、堺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のは、過去に定期接種として接種済の予防接種のみとなります。
- 再接種する予防接種は、任意接種となります。