

様式第2号（第5条関係）

太子町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成の認定に係る主治医意見書

太子町長 様

下記の者は、疾病の治療により、既に接種した定期予防接種の免疫が消失したため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

被 接 種 者	氏 名		性 別	男 ・ 女
	住 所	太子町		
	生年月日	年 月 日	年 齢	歳 か月(週)
再接種が必要となった疾病名と治療内容	(疾病名)			
	(治療内容)			
接 種 種 目 (※再接種が必要な予防接種の種類と回数に○をつけてください)	① ヒブ : 初回接種 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ② 小児用肺炎球菌 : 初回接種 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加接種 ③ B型肝炎 : 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ④ 三種混合(DPT) : 1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加 ⑤ 四種混合(DPT-IPV) : 1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加 ⑥ 単独ポリオ(IPV) : 1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加 ⑦ BCG ⑧ 麻しん・風しん(MR) : 1期 ・ 2期 ⑨ 水痘 : 1回目 ・ 2回目 ⑩ 日本脳炎 : 1期初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ⑪ 日本脳炎 : 2期 ⑫ 二種混合(DT) : 2期 ⑬ 子宮頸がん(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

※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、太子町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はなるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種となります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。