

様式第2号（第6条関係）

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成に係る意見書

年 月 日

日置市長 様

医療機関 所在地  
 名称  
 医師名

次の者は、造血細胞移植により、移植前に接種した定期予防接種ワクチンで得た免疫の低下又は消失の可能性が高く、ワクチン再接種が必要と認められます。

接種対象者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
疾病名		
移植日		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  ※該当するものにチェックしてください。	<input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん  <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘  <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎  <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん  <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん混合	

様式第3号（第7条関係）

造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金支給決定（却下）通知書

第 号

年 月 日

様

日置市長

印

年 月 日付けで申請のあった造血細胞移植後ワクチン再接種費用助成金の支給については、次のとおり（支給することに決定・申請を却下）しました。

1 助成金の額 金 円

2 （却下の場合）その理由