

別記様式第2号（第5条関係）

周南市定期予防接種再接種費用助成に関する意見書

年 月 日

周南市長

骨髄移植等医療行為により、移植前に接種を受けた定期予防接種の効果が期待できない下記の者について、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、十分説明しています。

記

接種対象者	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	周南市
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由	(疾 病 名) (移植等を受けた日： 年 月 日) (移植医療機関名等)	
再接種する予防接種の種類・回数		
医療機関	記載年月日 年 月 日 医療機関名称 所在地住所 医師名※署名又は記名押印	

※周南市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業の助成対象となる予防接種は、次の各号のいずれも該当するものとする。

- (1) 予防接種法第2条第2項で定められたA類疾病の予防接種であること。
- (2) 予防接種実施規則の規定によるワクチンであること。
- (3) 移植前に予防接種法に基づき実施された予防接種ワクチンの免疫が骨髄移植等医療行為によって低下又は消失したため、再接種が必要と医師が認める予防接種であること。