

様式第2号（第4条関係）

八街市造血細胞移植後定期予防接種再接種費用助成申請に係る医師の意見書

八街市長

様

下記の者は、造血細胞移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないため、再度の接種が必要であり、再接種の実施が可能であると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明をしています。

記

[illegible]

記載年月日 年 月 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

電 話 番 号 _____

医 師 氏 名 _____ (印)

- ・この意見書は、八街市造血細胞移植後定期予防接種再接種費用助成事業に関し、再接種を行う予防接種が助成の対象となるかどうかを判断することを目的としています。
- ・意見書は、造血細胞移植等を実施した医療機関の医師が記載してください。
- ・ご記入いただいた内容について、八街市より内容照会を行う場合があります。
- ・再接種日において、八街市に住所を有する20歳未満の方が対象となります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。