

様式第 2 号（第 7 条関係）

予防接種ワクチン再接種費用補助金交付申請に係る医師の意見書

骨髄移植手術等の特別な事情によって、予防接種ワクチンの免疫が低下又は消失した者について、この度、予防接種の接種が必要と認められるため、次のとおり意見書を提出します。

なお、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。

接種対象者	氏名	フリガナ
	住所	
	生年月日	
接種済みの定期 予防接種で得た 免疫が低下又は 消失したと判断 する理由 (被接種者の疾病 等の状況及び治療 の内容等)	(疾病の名称) (治療の経過) (骨髄移植手術等の医療行為を受けた日又は期間) 年 月 ～ 年 月	
接種が必要な 予防接種	種類	B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加 小児肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加 五種混合 1回目・2回目・3回目・追加 四種混合 1回目・2回目・3回目・追加 三種混合 1回目・2回目・3回目・追加 二種混合 1回目 BCG 1回目 麻しん風しん混合 1期・2期 水痘 1回目・2回目 日本脳炎 1回目・2回目・追加・2期 HPV 1回目・2回目・3回目 不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加 その他 ()
	接種予定 医療機関	☐ 下記の医療機関 ☐ 下記以外の医療機関 ・名称 () ・所在地 ()
記載年月日 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 医師名 (署名又は記名押印)		