

第3号様式（第5条）

一宮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に関する医師の意見書

年 月 日

（宛先）一宮町長

医療機関所在地  
 医療機関名  
 電話番号  
 担当医師名

次の者は、造血細胞移植により、すでに接種を受けた定期の予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。

被接種者	住 所		
	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日生（満 歳 か月）	
接種済みの定期予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名と治療内容	(疾病名)		
	(治療内容)		
上記疾病の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
再接種が必要な予防接種の種類と回数  (該当する予防接種に☑し、回数を○で囲んでください。)	予防接種の種類	回数	
	<input type="checkbox"/>		
備 考 欄			

※この意見書の発行に費用がかかる場合は、再接種費用助成事業の対象外ですので申請者の負担となります。