

様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

嘉島町長 様

嘉島町造血幹細胞移植後ワクチン再接種費用助成対象認定に係る意見書

下記の者は、造血幹細胞移植により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと認められるため、当該ワクチン再接種が必要かつ可能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、十分に説明し、本人又はその保護者も了承しています。

記

接種対象者	氏 名	
	住 所	嘉島町
	生年月日	年 月 日（満 歳）
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	☐ 骨髄移植 ☐ 末梢血幹細胞移植 ☐ さい帯血移植 ☐ その他（ ）	
再接種を行う 予防接種の種類		
接種医療機関	名 称	
	所在地	
	電話番号	
	医師の署名	

【注意事項】

- 1. この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外です。
- 2. この意見書の内容について、嘉島町の担当課より個別に照会を行う場合がありますので、ご協力をお願いします。