様式第２号（第７条関係）

相生市定期予防接種再接種費用助成に関する理由書

年　　月　　日

（あて先）相生市長

　造血幹細胞移植（骨髄移植､末梢血幹細胞移植又はさい帯血移植）により、下記のとおり接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断します。

　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 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 住所 | 相生市 |
| 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）（移植年月日）（移植医療機関名） |
| 再接種する予防接種の種類 |  |
| 医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 医師名 | ※署名又は記名押印 |

※相生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、
次のいずれにも該当するものとする。

(1) 法第２条第２項で定められた疾病のうち結核を除いた疾患の予防接種であること。

(2) 実施規則の規定によるワクチンであること。

(3) 移植前に法、実施規則及び施行規則の規定に基づき実施された予防接種ワクチンの免疫が造血幹細胞移植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。