

高砂市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成対象者認定に係る理由書

年 月 日

高砂市長 様

骨髄移植等の造血幹細胞移植により、移植前に接種した予防接種法に基づく定期の予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、次のとおり理由書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

対象者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名			(満 歳 箇月)
	住所	高砂市		
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断する理由	(疾患名) (治療内容など) <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 <input type="checkbox"/> その他の造血幹細胞移植 () (予防接種の予防効果が期待できない理由が生じた日) 年 月 日			
再接種する予防接種の種類と回数				
再接種が可能となった日				
上記のとおり判断する。 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 医師氏名 印				

※ご記入いただいた内容について、高砂市の担当課から照会を行う場合がありますので、ご協力いただきますようお願いいたします。