

様式第1号（第4条関係）

（表面）

志布志市造血細胞移植に係るワクチン再接種費用助成に係る費用
助成申請書兼医師意見書

年 月 日

志布志市長 様

私は、予防接種法（昭和23年法律第68号）に基づく定期の予防接種を再度接種したいので、志布志市造血細胞移植に係るワクチン再接種費用助成実施要綱（令和4年志布志市告示第 号）第2条の規定により、申請します。

なお、予防接種について必要な情報があるときは、市長がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

接種 対象 者	住 所	志布志市
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）

(裏面)

造血細胞移植その他医療行為により、接種済み定期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、次のとおり意見書を提出します。

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。

再接種が可能と認める理由	疾病の名称、治療内容等について記載してください。 (疾病の名称) (治療内容) (その他)	
再接種する予防接種の種類	<ul style="list-style-type: none">・ヒブ・小児用肺炎球菌・B型肝炎・四種混合・三種混合・二種混合・不活化ポリオ	<ul style="list-style-type: none">・麻しん風しん・麻しん・風しん・水痘・日本脳炎・子宮頸がん
記載年月日 年 月 日		
医療機関名		
住所		
電話番号		
	医師氏名	印