

骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に関する意見書

年 月 日

勝山市長

下記の者について、骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、予防接種の再接種が必要と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

記

再接種対象者	住所	勝山市		
	氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
再接種が必要な理由	(疾病の名称) (治療期間、内容等)			
再接種が必要な予防接種名				
医療機関名	医療機関名	医療機関所在地	電話番号	医師氏名

【注意事項】

- (1) この意見書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります（助成の対象外）。
- (2) この意見書の内容について、勝山市より照会を行う場合があります。
- (3) 助成の対象となる予防接種は、医療行為前に受けた定期予防接種に限ります。
- (4) 本申請書に基づき再接種する予防接種は、任意の予防接種となります。