

福井市骨髓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

福井市長 あて

下記の者について、骨髓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、再度の予防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

再接種を受ける者	住所	
	氏名	生年月日 年 月 日 (歳 か月)
骨髓移植等の実施日	年 月 日	
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	住 所	
	医療機関 電話番号 医師氏名	

【注意事項】

- (1) この意見書の発行に必要な費用は、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、福井市より照会を行うことがあります。
- (3) 助成の対象となる予防接種は、医療行為前に接種を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。