

様式第3号（第6条関係）

年 月 日

大仙市長 あて

医療機関住所
及び電場番号
医師名

印

大仙市特別の理由による定期予防接種再接種費用助成に関する意見書

下記の者は骨髄移植等の特別な理由により、過去に接種した定期予防接種の効果が期待できないため、再度これらの予防接種を実施する必要があることを認めます。

記

1 接種対象者

氏名		生年月日	年 月 日
住所			

2 再接種が必要な理由

--

3 再接種した助成対象予防接種

該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> 印をつけ、[] 内の回数を○印で囲んでください
<input type="checkbox"/> B型肝炎 [1回目・2回目・3回目]
<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 [初回 (1回目・2回目・3回目)・追加]
<input type="checkbox"/> Hib (ヒブ) [初回 (1回目・2回目・3回目)・追加]
<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV) [1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加]
<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT) [初回 (1回目・2回目・3回目)・追加]
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV) [初回 (1回目・2回目・3回目)・追加]
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 [1期・2期] <input type="checkbox"/> 麻しん [1期・2期] <input type="checkbox"/> 風しん [1期・2期]
<input type="checkbox"/> 水痘 [初回・追加] <input type="checkbox"/> 日本脳炎 [1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期]
<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT) [2期] <input type="checkbox"/> BCG
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス (HPV) [1回目・2回目・3回目]