様式第2号（第5条関係）

　　丸亀市長　宛

丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種に関する理由書

　骨髄移植等により、その治療前に接種した定期予防接種等による免疫が低下し、又は消失したため、次の予防接種について、再接種が必要であると認めます。

　なお、再接種の必要性及び副反応については、保護者に対し十分な説明を行っています。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成の対象者 | 住所 | 丸亀市 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日（満　　　歳　　か月） |
| 氏名 |  |
| 接種済の定期予防接種等の免疫が低下し、又は消失したと判断する理由 |  |
| 治療を行った日 | 　年　　　月　　　日 | 再接種が可能となった日 | 　年　　　月　　　日 |
| 再接種が必要であると認める予防接種 | 予防接種の種類 | 回数 | 接種日における上限年齢 |
| □ＢＣＧ |  | **４歳未満** |
| □Ｂ型肝炎 | □１回目　□２回目　□３回目 | **１８歳未満** |
| □ヒブ感染症 | 初回（□１回目　□２回目　□３回目）□追加 | **１０歳未満** |
| □小児用肺炎球菌 | 初回（□１回目　□２回目　□３回目）□追加 | **６歳未満** |
| □四種混合 | １期初回（□１回目　□２回目　□３回目）□１期追加 | **１５歳未満** |
| □麻しん風しん混合 | □１期　　□２期　 | **１８歳未満** |
| □水痘 | □１回目　□２回目　 | **１８歳未満** |
| □日本脳炎 | １期初回（□１回目　□２回目）□１期追加　□２期 | **１８歳未満** |
| □二種混合 | １期初回（□１回目　□２回目）□１期追加　□２期 | **１８歳未満** |
| □ヒトパピローマウイルス感染症 | □１回目　□２回目　□３回目 | **１８歳未満** |
| □三種混合 | １期初回（□１回目　□２回目　□３回目）□１期追加 | **１８歳未満** |
| □不活化ポリオ | 初回（□１回目　□２回目　□３回目）□追加 | **１８歳未満** |
| □その他 |  | **１８歳未満** |
| 医療機関 | 上記のとおり証明します。　　　　　年　　　月　　　日所在地医療機関名医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成事業の対象となる予防接種は、次のいずれにも該当するものです。

(１)　予防接種法第２条第２項に規定するA類疾病に係る予防接種であること。

(２)　予防接種実施規則の規定によるワクチンの接種であること。

(３)　ＢＣＧ、小児用肺炎球菌、ヒブ及び四種混合のワクチンについては、その接種日における年齢が丸亀市骨髄移植等の治療後における予防接種の再接種費用助成実施要綱第2条に定める年齢を超えていないこと。（上の表内の「接種日における上限年齢」を参照）