

袖ヶ浦市長 様

袖ヶ浦市特別の理由により免疫が消失した者に対する任意予防接種費用
助成対象者認定に係る意見書

下記の者は、疾病の治療により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

記

被接種者	住 所	電話番号（ ）	
	(フリガナ) 氏 名	（ 男 ・ 女 ）	
	生年月日	年 月 日	（ 歳 か月）
接種済みの定期予防接種の効果が期待できない原因となった疾病名と治療内容		疾病名	
		治療内容	
上記疾病の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
再接種が必要な予防接種の種類と回数		不活化ポリオ（IPV）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
		B C G	1 回
		5 種混合（DPT-IPV-Hib）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
		4 種混合（DPT-IPV）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
		三種混合（DPT）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
		二種混合（DT）	2 期
		日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期
		麻しん風しん混合（MR）	1 期・2 期
		麻しん	1 期・2 期
		風しん	1 期・2 期
		水痘	1 回目・2 回目
		子宮頸がん予防（HPV）	1 回目・2 回目・3 回目
		ヒブ（Hib）	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
		小児用肺炎球菌	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
		B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
医療機関所在地 医療機関名 医師名	住 所 医療機関名 医 師 名		
備 考			

※意見書作成に係る注意事項

- ・この意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので申請者の負担になります。
- ・ご記入いただいた内容について、袖ヶ浦市より個別に内容照会を行う場合があります。