

七尾市長 殿

**小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成
に関する対象者該当理由書（主治医意見書）**

意見書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の該当外であり、申請者の負担となります。また、ご記入いただいた内容に対し、七尾市の担当課より、個別に内容確認を行う場合があります。このことを理解の上、本理由書が七尾市に労働省に報告されることに同意します。

保護者自署 _____

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	（満 歳 ヶ月）
医師記入欄			
<p>上記対象者は、以下に該当する。なお、予防接種の必要性和副反応については十分説明している。</p> <p><input type="checkbox"/>小児がん治療等により、治療前の予防接種の予防効果がなくなり、再接種が必要である。</p> <p><input type="checkbox"/>長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期予防接種の機会を逃し、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき、規定された2年間で必要な定期予防接種を終えることができなかつたので、下記の任意予防接種が必要である。</p>			
疾病名等、 特別な事情の 内容 <input type="checkbox"/> 市記載 （疾病分類：____）	疾病名 _____： 予防接種不適當要因が生じた日 _____ 年 月 日 予防接種不適當要因が解消された日 _____ 年 月 日 治療内容等： 医療機関所在地： 医療機関名： _____ 電話番号： _____ 医師氏名： _____ 印		
必要な予防接種 ※該当するものに○をしてください			
ヒブ (Hib)	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	二種混合 (DT)	2期
小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加	日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・ 1期追加・2期
B型肝炎	1回目・2回目・3回目	麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
四種混合 (DPT-IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・ 1期追加	麻しん	1期・2期・3期・4期
三種混合 (DPT)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・ 1期追加	風しん	1期・2期・3期・4期
不活化ポリオ (IPV)	1期初回（1回目・2回目・3回目）・ 1期追加	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
B C G	1回	水痘	1回目・2回目
備 考			