

特別の理由による任意予防接種費助成に関する理由書

島田市長 様

令和 年 月 日

骨髄移植その他の理由により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないと判断しますので、次のとおり理由書を提出します。

なお、予防接種の必要性と副反応については十分に説明しています。

接種対象者	住 所			
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳 か月)
疾病名				
特別の理由が生じた日		年 月 日		
接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由				
再接種が可能となった日		年 月 日		
接種可能な予防接種の種類等	※該当するものに○を付けてください			
	B型肝炎	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		
	四種混合 (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		
	不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加		
	二種混合 (DT)	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期		
	結核 (BCG)	1回		
	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		
	日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期		
子宮頸がん (HPV)	1回目・2回目・3回目			
医療機関所在地 医療機関名 医師名 (署名又は記名押印)				