

大和市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

大和市長 あて

次の者について、造血幹細胞移植等の医療行為により、接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、予防接種の再接種が必要であると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住所			
疾病名等、接種済の予防接種の効果が期待できないと判断する理由		(疾病名)  (該当理由)  (疾病の治療等が終了し、再接種が可能となった日) 年 月 日		
予防接種の種類	種類		回数	
	<input type="checkbox"/>	B型肝炎	回	
	<input type="checkbox"/>	結核 (BCG)	回	
	<input type="checkbox"/>	5種混合・4種混合・3種混合	回	
	<input type="checkbox"/>	ジフテリア・破傷風 (DT)	回	
	<input type="checkbox"/>	急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)	回	
	<input type="checkbox"/>	H i b 感染症	回	
	<input type="checkbox"/>	肺炎球菌感染症 (小児)	回	
	<input type="checkbox"/>	麻しん・風しん (MR)	回	
	<input type="checkbox"/>	麻しん	回	
	<input type="checkbox"/>	風しん	回	
	<input type="checkbox"/>	日本脳炎	回	
	<input type="checkbox"/>	水痘	回	
<input type="checkbox"/>	ヒトパピローマウイルス感染症 ( __ 価)	回		
接種予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

医師署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

## 記入見本

## 大和市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

大和市長 あて

次の者について、造血幹細胞移植等の医療行為により、接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、予防接種の再接種が必要であると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	氏名	健康 太郎	生年月日	平成〇年 〇月 〇日 (満 〇歳 〇か月)
	住所	大和市鶴間1-31-7		
疾病名等、接種済の予防接種の効果が期待できないと判断する理由	(疾病名) 〇〇〇〇 (該当理由) 〇〇〇〇のため。  (疾病の治療等が終了し、再接種が可能となった日) 〇年 〇月 〇日			
予防接種の種類	種類	回数		
	<input checked="" type="checkbox"/> B型肝炎	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 結核 (BCG)	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 5種混合・4種混合・3種混合	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風 (DT) 2期	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> Hib感染症	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 肺炎球菌感染症 (小児)	1 回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR)	1 回		
	<input type="checkbox"/> 麻しん	回		
	<input type="checkbox"/> 風しん	回		
	<input checked="" type="checkbox"/> 日本脳炎	1 回		
<input checked="" type="checkbox"/> 水痘	1 回			
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症 (〇価)	回			
接種予定期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日			

点線枠内を  
ご記入ください。

所在地 大和市鶴間1-31-7  
医療機関名 〇〇病院  
医師署名又は記名押印 大和 次郎