

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	
	☐ B型肝炎		回	
	☐ 結核 (B C G)		回	
	☐ 5 種混合		回	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風 (D P T 又は D T)		回	
	☐ ジフテリア・破傷風 (D T)		回	
	☐ 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)		回	
	☐ H i b 感染症		回	
	☐ 肺炎球菌感染症 (小児)		回	
	☐ 麻しん・風しん (MR)		回	
	☐ 麻しん		回	
	☐ 風しん		回	
	☐ 日本脳炎		回	
	☐ 水痘		回	
	☐ ヒトパピローマウイルス感染症 (9 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	
	☒ B型肝炎		1 回	
	☒ 結核 (BCG)		1 回	
	☒ 5 種混合		1 回	
	☐ ジフテリア・百日せき・破傷風 (DPT又はDT)		回	
	☐ ジフテリア・破傷風 (DT)		回	
	☒ 急性灰白髄炎 (不活化ポリオワクチン)		1 回	
	☒ Hib感染症		1 回	
	☒ 肺炎球菌感染症 (小児)		1 回	
	☒ 麻しん・風しん (MR)		1 回	
	☐ 麻しん		回	
	☐ 風しん		回	
	☒ 日本脳炎		1 回	
	☒ 水痘		1 回	
☐ ヒトパピローマウイルス感染症 (9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