様式第２号（第５条関係）

特別の理由による予防接種再接種費用助成に関する理由書

（宛先）日田市長

　下記の者は、造血幹細胞移植その他の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できず、再接種が必要である状態と認められます。

　なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。

|  |  |
| --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 接種対象者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日　生 |
| 住　　所 |  |
| 接種済みの定期  予防接種の効果  が期待できない  と判断する理由 | 疾病名 |
| 治療内容 |
| 上記疾病の  治療期間 | 年　　　月　　　日　～ |
| 再接種が必要な  予防接種の種類  と回数 | □Ｂ型肝炎　　　（　　　　回）□麻しん風しん混合（ＭＲ）（　　　　回）  □ヒ　ブ　　　　（　　　　回）□麻しん　　　　　（　　　　回）  □小児用肺炎球菌（　　　　回）□風しん　　　　　（　　　　回）  □三種混合　　　（　　　　回）□水　痘　　　　　（　　　　回）  □四種混合　　　（　　　　回）□日本脳炎　　　　（　　　　回）  □五種混合　　　（　　　　回）□不活化ポリオ　　（　　　　回）  □二種混合第２期　　　　　　　□ＢＣＧ  □ヒトパピローマウイルス（子宮頸がん予防）（　　　　回） |

年　　　　月　　　　日

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

医師名

（署名又は記名押印）