

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	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (回) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR) (回) <input type="checkbox"/> ヒブ (回) <input type="checkbox"/> 麻しん (回) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> 風しん (回) <input type="checkbox"/> 三種混合 (回) <input type="checkbox"/> 水痘 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (回) <input type="checkbox"/> 五種混合 (回) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (回) <input type="checkbox"/> 二種混合第2期 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 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)