

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

医療機関所在地.....

医療機関名.....

電話番号.....

医師名.....㊟

特別な理由による予防接種の再接種費用助成に関する理由書

下記の者は、接種済みの定期予防接種について予防効果が期待できず、再接種が必要であると判断します。

なお、保護者に対し再接種の必要性、効果、副反応及び健康被害救済制度について説明を行いました。

記

被 接 種 者	住 所			
	フリガナ 氏 名		性 別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日生（ 歳 ヶ月）
接種済みの定期予防 接種の予防効果が期 待できないと判断す る理由	疾病名			
	治療期間	年	月	日～ 年 月 日
理由				
		<input type="checkbox"/> 造血幹細胞移植手術（骨髄・末梢 <sup>しょう</sup> 血幹細胞・臍 <sup>さい</sup> 帯血） <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法、化学療法 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
再接種を必要とする 予防接種及び回数				