

三田市予防接種再接種費助成対象者該当理由書

年 月 日

三田市長 様

三田市骨髄移植後等の予防接種の再接種に対する助成事業実施要綱第7条第1項の規定により、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しますので、次のとおり理由書を提出します。なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明しています。

被 接 種 者	氏 名	
	生年月日	年 月 日（ 歳）
	住 所	
接種済みの定期 予防接種の効果が 期待できない 理由	①疾患名（ ） ②該当理由 <input type="checkbox"/> 骨髄移植 <input type="checkbox"/> 末梢血幹細胞移植 <input type="checkbox"/> さい帯血移植 予防接種の効果が期待できない理由が生じた日： 年 月 日 予防接種不適當要因が解消された日： 年 月 日	
再接種する予防 接種の種類・回 数	<input type="checkbox"/> B型肝炎（ 回） ※平成28年4月1日以後に生まれた方のみ <input type="checkbox"/> Hib感染症（ 回） ※10歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症（ 回） ※6歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 四種混合（ 回） ※15歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 三種混合（ 回） ※15歳未満の方のみ <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（ 回） <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（ 回） <input type="checkbox"/> 水痘（ 回） ※平成26年10月1日以降に定期接種を受けた方のみ <input type="checkbox"/> 日本脳炎（ 回） <input type="checkbox"/> 二種混合（ 回） <input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス（ 回）	
上記のとおり判断する。 年 月 日 医療機関の名称及び所在地 <div style="text-align: right;">                     医師氏名 印                 </div>		