

年 月 日

(宛先) 富士宮市長

## 富士宮市再予防接種費用助成金交付に関する該当理由書（意見書）

骨髄移植手術等により、既に受けた定期予防接種の抗体価が減衰もしくは消失している児が、今般、予防接種可能な状態となり、合併症対策・感染症対策のために予防接種の再接種が必要と判断しますので、下記のとおり理由書を提出します。なお、予防接種の必要性と副反応については十分に説明しています。

接種対象者	住 所	富士宮市																													
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )																													
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)																												
疾病名等健康状態		(疾 病 名)  (治療期間) 年 月 日 ～ 年 月 日  (接種可能となった日) 年 月 日  (該当理由)																													
再接種する 予防接種の種類		(該当するワクチンの種類) 下記に○をご記入ください <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>ヒブワクチン</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>水痘ワクチン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>小児用肺炎球菌ワクチン</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>日本脳炎ワクチン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>五種混合ワクチン</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>四種混合ワクチン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>三種混合ワクチン</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>不活化ポリオ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>二種混合ワクチン</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>B C G ワクチン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>B型肝炎ワクチン</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>麻しん風しんワクチン</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>子宮頸がん予防ワクチン</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/>	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/>	水痘ワクチン	<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/>	日本脳炎ワクチン	<input type="checkbox"/>	五種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	四種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	三種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/>	二種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	B C G ワクチン	<input type="checkbox"/>	B型肝炎ワクチン	<input type="checkbox"/>	麻しん風しんワクチン	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防ワクチン		
<input type="checkbox"/>	ヒブワクチン	<input type="checkbox"/>	水痘ワクチン																												
<input type="checkbox"/>	小児用肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/>	日本脳炎ワクチン																												
<input type="checkbox"/>	五種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	四種混合ワクチン																												
<input type="checkbox"/>	三種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	不活化ポリオ																												
<input type="checkbox"/>	二種混合ワクチン	<input type="checkbox"/>	B C G ワクチン																												
<input type="checkbox"/>	B型肝炎ワクチン	<input type="checkbox"/>	麻しん風しんワクチン																												
<input type="checkbox"/>	子宮頸がん予防ワクチン																														

医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名	上記のとおり証明します。   <div style="text-align: right;">⑩</div>
備 考	