

様式第2号（第8条関係）

豊岡市骨髄移植等における予防接種の再接種費用助成対象認定に係る理由書

豊岡市長 様

骨髄移植等によって移植前に接種した定期予防接種で得た免疫が低下又は消失した下記の者について、再接種が必要と判断しますので次のとおり理由書を提出します。

記

被 接 種 者	ふりがな 氏名	.....	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日
	住所	〒			
疾 病 名					
治 療 内 容 及 び 経 過					
移植年月日		年 月 日	再接種が可能 となった日	年 月 日	
再 接 種 が 必 要 な 予 防 接 種	<input type="checkbox"/> にチェックし、接種回数を○で囲んでください				
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回（ 1・2・3 ）回目、追加			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回（ 1・2・3 ）回目、追加			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	（ 1・2・3 ）回目			
	<input type="checkbox"/> 四種混合	第1期初回（ 1・2・3 ）回目、追加			
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	初回（ 1・2・3 ）回目、追加			
	<input type="checkbox"/> MR（麻しん風しん）	第1期、第2期			
	<input type="checkbox"/> 水痘	（ 1・2 ）回目			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回（ 1・2 ）回目、追加、第2期			
	<input type="checkbox"/> ジフテリア・破傷風	第2期			
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	（ 1・2・3 ）回目				
所 在 地		年 月 日			
医 療 機 関 名					
電 話 番 号		医師氏名		㊟	

<特記事項>

- 1 本理由書の発行に係る費用は助成対象外のため、申請者負担となります。
- 2 助成の対象となる予防接種は、過去に接種を受けた定期予防接種（結核を除く。）に限ります。
- 3 本理由書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。