

特別の理由による任意予防接種費用補助に関する理由書

年 月 日

稲沢市長 殿

骨髄移植手術等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない者について、
 予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。

記

接種 対象 者	住 所	稲沢市		
	ふりがな		性別	男・女
	氏 名			
	生年月日	年 月 日（満 歳 か月）		
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		
		該当理由		
再接種する予防接種の種類				
医療 機 関	名 称			
	所在地			
	医師名 (署名又は記名押印)			