

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

〇〇年〇〇月〇〇日

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 稲沢町前田365-16		
	ふりがな	いなざわ はなこ	性別	男・女
	氏名	稲沢 花子		
	生年月日	〇〇年 〇月 〇日（満 〇歳〇か月）		
接種済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 〇〇〇〇 該当理由 〇年〇月から〇年〇月まで〇〇治療・処置を行い、〇年〇月〇日に〇〇の抗体検査を行ったところ、接種済の予防接種の効果が期待できないことがわかったため。		
再接種する予防接種の種類		ヒブ3回（初回接種2回、追加接種1回） MR1回 ※概ね1年間で接種する種類と回数を記載してください。		
医療機関	名称	〇〇病院		
	所在地	〇〇市〇〇町〇番-〇		
	医師名 （署名又は記名押印）	〇〇〇〇		