

年 月 日

豊見城市長 殿

豊見城市骨髓移植等後のワクチン再接種に係る費用助成に関する理由書

以下の者は、骨髓移植等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できず、再接種が必要な状態と認められます。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。

接種対象者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	豊見城市		
接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断する理由	(疾病名)			
	(理由)			
再接種する予防接種の種類及び回数 (該当する種類の□にチェック、回数に○を付けてください)	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	☐ ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	☐ 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		
	☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	☐ 四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	☐ 三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	☐ 不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	☐ B C G			
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期		
	☐ 麻しん	1期・2期		
	☐ 風しん	1期・2期		
	☐ 水痘	1回目・2回目		
	☐ 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期		
	☐ 二種混合 (DT)	2期		
	☐ 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目		
医療機関	名 称			
	所 在 地			
	医 師 名	(署名又は記名押印) ⑨		

この理由書は豊見城市骨髓移植等後のワクチン再接種に係る費用助成対象に該当するか判断することを目的としています。このことを理解のうえ、本理由書が豊見城市に提出されることに同意します。

保護者自署_____