

様式第2号 (第5条関係)

年 月 日

上里町長 へ

医療機関 所在地
医療機関名
電話番号
医師名 印

上里町造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成金に係る理由書

次の者は、造血細胞移植により、接種済みの予防接種法に基づく定期の予防接種の効果が期待できないと判断したため、意見書を提出します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人又は保護者も了承しております。

被 接 種 者	住 所	
	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日生 (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)	
	(治療内容) ・骨髄移植 ・末梢血幹細胞移植 ・さい帯血移植	
	治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
再接種を必要とする 予防接種及び回数		
予防接種不適當要因 が解消された日		年 月 日

- (注意事項) 1 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。
2 本理由書に係る費用は助成対象外となり、被接種者の保護者または本人の負担となります。
3 助成の対象は、過去に受けた定期の予防接種に限ります。