

年 月 日

三島市長 あて

特別の理由による予防接種費助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、既に受けた定期予防接種の効果が期待できないため、予防接種の再接種が必要と判断しますので、下記のとおり理由書を提出します。なお、予防接種の必要性と副反応については十分に説明しています。

接種対象者	住 所	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
再接種が必要となった 疾病名等、該当理由	(疾 病 名) (治療期間) 年 月 日～ 年 月 日 (接種が可能となった日) 年 月 日 (該当理由)	
再接種する 予防接種の種類		
医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 名 (署名又は記名押印)	上記のとおり証明します。	④