

(あて先) 横浜市長

横浜市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、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。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ています。

記

接種対象者	住 所	横浜市 区
	氏 名	フリガナ
	生年月日	年 月 日
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 ※疾病及びその治療法もご記載ください。		
再接種する予防接種の種類 ※接種当時、予防接種法で定めるこどもの定期予防接種として既に接種済みのものに限ります。 ※一部のワクチンには上限年齢があります。		<ul style="list-style-type: none"> ・ 小児用肺炎球菌 (1・2・3) 回目・追加 ・ B 型 肝 炎 (1・2・3) 回目 ・ 五 種 混 合 1期 (1・2・3) 回目・1期追加 ・ B C G ・ 麻 し ん 風 し ん 1期・2期 ・ 水 痘 初回・追加 ・ 日 本 脳 炎 1期 (1・2) 回目・1期追加・2期 ・ 二 種 混 合 2期 ・ 子 宮 頸 がん 予 防 (1・2・3) 回目 ・ 三 種 混 合 (1・2・3) 回目・1期追加 ・ 不 活 化 ポ リ オ 1期 (1・2・3) 回目・1期追加 ・ 四 種 混 合 1期 (1・2・3) 回目・1期追加 ・ ヒ ン ト ナ ン ナ (1・2・3) 回目・追加
医療機関	名 称	
	所 在 地	
	医 師 名 (署名又は記名押印)	