第２号様式（第５条関係）

年　　月　　日

日進市長　あて

日進市特別の理由による任意予防接種費助成に関する理由書

以下の者は、当院で加療しており、医療行為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と判断します。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、理由書を提出します。

また、この理由書の記載内容について接種医に情報提供することに同意します。

被接種者	住　所	電話番号(　　)
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	(　男　・　女　)
	生年月日	年　　月　　日　(　満　　歳　　か月　)
疾病名等、特別な事情の内容		(疾患名) (接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由) □　骨髄移植手術 □　免疫抑制療法 □　その他　(　　)
今回、接種可能な予防接種の種類及び回数 (複数回の接種が必要な場合は、**１番最初に優先するものに◎、２回目以降に接種するものすべてに○**を記入してください。)	ヒブ（Hib）	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
	小児肺炎球菌	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
	B型肝炎	１回目・２回目・３回目
	BCG	
	不活化ポリオ（IPV）	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
	二種混合（DT）	２期
	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
	子宮頸がん予防（HPV）	１回目・２回目・３回目
特記事項 □にチェックし必要事項を記入してください		□主治医のもとでの接種が望ましい　□近医での接種が可能 □その他【　　】
医療機関等所在地 医療機関等名 医師名 (署名又は記名押印)		印
備　考　欄		※接種に当たり注意すること等　(例：生ワクチンは○年○月○日から接種可能)

この理由書は、助成金の対象に該当するかどうかを判断することを目的としています。

このことを理解の上、本理由書が日進市及び接種医療機関等に報告されることに同意します。

年　　月　　日　　保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿