

年 月 日

瑞浪市長様

瑞浪市造血幹細胞移植等による予防接種の再接種費用助成に関する理由書

造血幹細胞移植等により、接種した定期予防接種の予防効果が期待できず、下記のとおり再接種の必要があり、この度当該接種が可能な状態と判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分説明し、本人及び保護者も了承しています。

住 所	
フリガナ 氏 名	男・女
生年月日	(満 歳 カ月)
接種済の定期 予防接種の再 接種が必要と なった理由	
再接種を必要 とする予防接 種の種類と回 数	
医療機関名	記載日 年 月 日
所在地	
電話番号	
印	医 師 名
	(署名又は記名押印)

この理由書の発行に当たって費用が必要な場合（検査料、文書料等）は、申請者の負担となります。

この理由書の内容に関して市担当課から照会する場合があります。

再接種する予防接種で費用助成となる予防接種は、過去に定期接種として接種済の予防接種に限ります。再接種する予防接種は、任意接種となります。