

第2号様式(第5条)

特別の理由による任意予防接種費用補助に関する理由書

年 月 日

(宛先)

平塚市長

次の者について、骨髄移植等の医療行為により免疫が低下又は消失し、接種済みの予防接種の効果が期待できなくなったため、予防接種の再接種が必要であると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	平塚市		
	氏 名		生年月日 年 月 日 (満 歳 カ月)	
接種済みの予防接種の効果が期待できないと判断する理由		疾病名 該当理由		
疾病の治療等が終了し再接種が可能となった日		年 月 日		
再接種すべき 予防接種の種類(※) (※)すべてご記入ください				

所在地 _____

医療機関名 _____

医師氏名 _____