

様式第2号(第6条関係)

年 月 日

葛城市長 様

骨髄移植手術等実施後の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	
	氏 名	フリガナ
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
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		
再接種する予防接種の種類		
医 療 機 関	名 称	
	所在地	
	医師名 (署名又は記名押印)	