

様式第2号

千葉県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

年 月 日

(あて先) 千葉市長

造血細胞移植手術により、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、このたび、予防接種の再接種が可能な状態と認められると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分に説明し、本人も了承しています。

被 接 種 者	住 所	千葉市 区	
	(ふりがな) 氏 名		□男・□女
	生年月日	年 月 日生	(満 歳 ヶ月)
疾 病 名			
移植を受けた日		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			
再接種が必要な 予防接種の種類 ※該当する予防接種を ○で囲んでください。		・BCG(4歳未満) :1回 ・ヒブ(10歳未満) :初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・小児肺炎球菌(6歳未満) :初回接種(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・B型肝炎 :1回目・2回目・3回目 ・四種混合(15歳未満) :1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・二種混合 :2期 ・麻しん・風しん(MR) :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・3回目)・追加接種 ・不活化ポリオ :1期初回(1回目・2回目・3回目)・追加接種 ・HPV :1回目・2回目・3回目 ・その他 ()	
医 療 機 関	名 称		
	所在地		
	医師名 (署名又は記名押印)		

【理由書作成に係る注意事項】

- ・この理由書の内容について、千葉市の担当課より個別に照会を行う場合がありますのでご了承願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済み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。