

様式第2号（第7条関係）

年 月 日

門真市造血細胞移植後定期予防接種ワクチン再接種費用助成の対象者認定に係る理由書

造血細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植又はさい帯血移植）により、接種済みの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ています。

フリガナ 氏名		生年月日
		年 月 日生
住所		
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 ※接種を希望するものに○をつけてください。	<ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・ヒブ 初回（1・2・3）・追加 ・小児用肺炎球菌 初回（1・2・3）・追加 ・B型肝炎 1・2・3 ・四種混合 1期初回（1・2・3）・追加 ・二種混合 	
合計（ ）種類	<ul style="list-style-type: none"> ・不活化ポリオ 初回（1・2・3）・追加 ・日本脳炎 1期初回（1・2）・1期追加・2期 ・麻しん・風しん混合 1期・2期 ・水痘 1・2 ・子宮頸がん予防 1・2・3 	
医療機関名	記載年月日：	年 月 日
医療機関所在地		
電話番号（ ）	医師氏名	㊞

※ 理由書作成に係る注意事項

- ・この理由書の発行に費用が必要な場合は、費用助成の対象外ですので、申請者の負担となります。
- ・この理由書の内容について、門真市の担当課から個別に照会を行う場合がありますのでご協力願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種のみとなります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。