

様式第 2（第 6 条関係）

年 月 日

（宛先）小牧市長

任意予防接種費用助成に関する理由書

接種対象者は、骨髄移植手術等により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できず、再接種が必要な状態と認められます。

なお、再接種の必要性及び副反応については十分説明しています。

接種対象者	住 所	小牧市		
	氏 名			
	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 （該当するものに○を付ける。）	ヒブ（Hib）	1 回目、2 回目、3 回目、追加		
	小児用肺炎球菌	1 回目、2 回目、3 回目、追加		
	B 型肝炎	1 回目、2 回目、3 回目		
	四種混合（DPT-IPV）	1 回目、2 回目、3 回目、追加		
	BCG			
	麻しん風しん混合（MR）	1 期、2 期		
	水痘	1 回目、2 回目		
	日本脳炎	1 回目、2 回目、追加、2 期		
	二種混合（DT）	2 期		
	子宮頸がん予防（HPV）	1 回目、2 回目、3 回目		
医療機関	名 称			
	所 在 地			
	医 師 名 （自署）			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格 A4 とする。