年　　月　　日

（宛先）津幡町長

津幡町特別の理由による任意予防接種費助成に関する該当理由書（意見書）

造血幹細胞移植等により、既に受けた定期予防接種の抗体価が減衰もしくは消失している児が、今般、予防接種可能な状態となり、合併症対策・感染症対策のために予防接種が必要と判断しますので、理由書を提出します。なお、予防接種の必要性と副反応については十分に説明しております。

<table>
<tr><td rowspan="3">被接種者</td><td>住　所</td><td>電話番号（　　）</td></tr>
<tr><td>(ﾌﾘｶﾞﾅ)
氏　名</td><td>（　男　・　女　）</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日　（満　　歳　　か月）</td></tr>
<tr><td colspan="2">疾病名等健康状態</td><td>（疾 病 名）

（該当理由）

＊下記のいずれかの治療を受けた日をご記入ください
（造血幹細胞移植実施日）　年　　月　　日
（化学療法の最終実施日）　年　　月　　日
（その他の治療の最終実施日）　年　　月　　日

（該当するワクチンの種類）下記に○をご記入ください
<table>
<tr><td>１．ヒブワクチン</td><td>７．麻しん風しんワクチン</td></tr>
<tr><td>２．小児用肺炎球菌</td><td>８．水痘ワクチン</td></tr>
<tr><td>３．Ｂ型肝炎ワクチン</td><td>９．日本脳炎ワクチン</td></tr>
<tr><td>４．四種混合ワクチン</td><td>10．二種混合ワクチン</td></tr>
<tr><td>５．五種混合ワクチン</td><td>11．ヒトパピローマ</td></tr>
<tr><td>６．ＢＣＧワクチン</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

医療機関所在地 医 療 機 関 名 医　　師　　名	上記のとおり証明します。 ㊞
備　　考	