様式第２号（第５条関係）

寄居町特別な理由による予防接種の再接種費用補助金に関する理由書

年　　月　　日

　　寄居町長

　　　　　　　　　　　　　　　医療機関所在地

　医療機関名

医　師　名

　　　　　　　　　　　　　　　連　絡　先

　下記の者は、接種済みの定期予防接種について効果が期待できず、再接種が必要であると判断します。

　なお、保護者に対し再接種の必要性、効果、副反応及び医薬品副作用被害救済制度について説明を行いました。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | フリガナ |  | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 年　　月　　日 |
| 住所 |  | |
| 保護者氏名 | |  | |
| 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 | | 疾病名  　治療期間　　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | |
| 理由  □造血細胞移植（ 骨髄 ・ 末梢血管細胞 ・ 臍帯血 ）  □免疫抑制療法、化学療法  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 再接種を必要とする予防接種及び回数 | |  | |