

様式第2号（第5条関係）

羽生市特別の理由により免疫が消失した子に対する  
任意予防接種費用助成に関する理由書

年 月 日

（宛先）  
羽生市長

医療機関名  
所在地  
電話番号  
医師名 ⑩

下記の者は、骨髄移植等その他の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度予防接種が必要であると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明済みです。

記

|  |      |        |                  |
|--|------|--------|------------------|
| フリガナ                                     |      | 生年月日   | 年 月 日<br>( 歳 カ月) |
| 被接種者<br>氏名                               |      |        |                  |
| 保護者氏名                                    |      |        |                  |
| 被接種者住所                                   | 〒    |        |                  |
| 接種済みの定期予<br>防接種の効果が期<br>待できないと判断<br>する理由 | 疾患名  |        |                  |
|  | 治療期間 | 年 月 日～ |                  |
|  | 理由   |        |                  |
| 再接種が必要な<br>予防接種と回数                       |      |        |                  |

有効期限：発行日から2年