様式第２号（第５条関係）

坂井市骨髄移植後等の予防接種再接種費用助成に関する理由書

年　　月　　日

坂井市長　様

下記の者について、骨髄移植等の医療行為により、接種済みの定期予防接種の効果の低下又は消失が認められるため、当該予防接種の再接種が可能かつ必要な状態と判断します。

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。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">接種対象者</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="3">坂井市</td></tr>
<tr><td>再接種が必要な理由</td><td colspan="4">（疾病の名称）

（治療内容等）</td></tr>
<tr><td>予防接種の種類</td><td colspan="4">※再接種が必要と判断する予防接種を〇で囲んでください。
Ｂ型肝炎　：１回目・２回目・３回目
ヒブ　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加
小児用肺炎球菌　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加
五種混合　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
三種混合　：１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
不活化ポリオ　：初回接種（１回目・２回目・３回目）・追加
二種混合　：２期
ＢＣＧ　：１回
ＭＲ　：１期・２期
麻しん　：１期・２期
風しん　：１期・２期
水痘　：１回目・２回目
日本脳炎　：１期初回（１回目・２回目）・１期追加・２期
子宮頸がん　：１回目・２回目・３回目</td></tr>
<tr><td>医療機関</td><td colspan="4">医療機関名
医療機関所在地
電話番号
医師氏名　　印</td></tr>
</table>

理由書作成に係る注意事項

(1) この理由書の発行に費用が必要な場合は、申請者の負担となります（補助対象外）。

(2) この理由書の内容について、坂井市の担当課より個別に照会を行う場合があります。

(3) 補助の対象となる予防接種は、過去に受けた定期予防接種と同じ種類のワクチンを接種する予防接種です。