

医師の理由書

伊丹市長様

下記の者は、骨髄移植等により移植前に接種した定期予防接種の免疫が低下又は消失したため、再接種が必要であると判断しました。

フリガナ	
被再接種者氏名	
生年月日	年 月 日
住所	伊丹市
再接種が必要となった 疾病名と治療内容	疾病名
	治療内容
骨髄移植等実施日	年 月 日
上記疾病の治療期間	
疾病から回復し、 接種可能となった日	年 月 日
再接種が必要な予防接種 の種類と回数 【該当する予防接種に○ をご記入の上、() に必 要回数をご記入くださ い。】	小児用肺炎球菌 : (回)
	ヒブ : (回)
	B型肝炎 : (回)
	水痘 : (回)
	4種混合 : (回)
	3種混合 : (回)
	不活化ポリオ : (回)
	2種混合 : (回)
	ヒトパピローマウイルス : (回)
	麻しん風しん (MR) : (回)
	麻しん : (回)
	風しん : (回)
日本脳炎 : (回)	
医療機関名 所在地 電話番号 医師名	記載日 年 月 日 印

【注意事項】

- 1 本理由書の発行に係る費用は助成対象外となり、被接種者の保護者または本人の負担となります。
- 2 助成の対象は、定期予防接種として過去に接種を受けたものに限りません。
- 3 本理由書に基づき再接種する予防接種は、任意接種となります。
- 4 本理由書は平成31年4月1日以降に再接種する(した)ものであり、原則として、年度内に再接種する(した)予防接種について記載してください。