保護者様へ
医療機関への理由書の作成を依頼する際に、本記載例を添付してください。

記　載　例

様式第2号（第6条関係）

○○年　○○月　○○日

燕市長　　様

燕市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する理由書

骨髄移植手術等により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できない者について、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。

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

接種対象者	住　　所	燕市　□□□□□　△△△番地△
	氏　　名	フリガナ　　ツバメ　タロウ 燕　太郎
	生年月日	△△年　△△月　△△日　（満　　△歳　　△か月）
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		以下の事項が確認できるよう詳細な理由を記載してください。 ・診断名、発病年月日 ・治療内容、経過 ・再接種の必要性 ・再接種が可能となった時期
再接種する予防接種の種類		ワクチン名と接種回数を記載ください。 例：MRワクチン2回
医療機関	名　　称	■■■■■■■■■■■■
	所在地	■■■■■■■■■■■■■■■■■■■■
	医師名	■■　■■