

沖 縄 市 長 様

沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成に関する理由書

骨髄移植等により、下記の通り接種を受けた定期予防接種の効果を期待することができないと判断しますので、沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成制度実施要綱第6条第一項に基づき理由書を提出します。

記

接 種 対 象 者	ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	沖縄市		
接種を受けた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				
今回再接種する予防接種の種類と回数 ※該当する種類に <input checked="" type="checkbox"/> 、回数に○を付けてください。		<input type="checkbox"/> B型肝炎 ①・②・③ <input type="checkbox"/> ヒブ ①・②・③・追加 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 ①・②・③・追加 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DPT-IPV ①・②・③・追加 <input type="checkbox"/> DPT ①・②・③・追加 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ ①・②・③・追加	<input type="checkbox"/> 麻しん・風疹 (MR) 1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘 ①・② <input type="checkbox"/> 日本脳炎 ①・②・追加・2期 <input type="checkbox"/> DT ①・②・③・追加・2期 <input type="checkbox"/> HPV ①・②・③ <input type="checkbox"/> その他 ()	
接 種 医 療 機 関	名 称			
	所 在 地			
	医 師 名 (署名または記名押印)			

この理由書は沖縄市骨髄移植等後のワクチン再接種にかかる費用助成対象に該当するか判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が沖縄市に提出されることに同意します。

保護者自署 _____