

年 月 日

関市長 様

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、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できないものについて、
 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。

記

接 種 対 象 者	住 所	
	フ 氏 リ ガ ナ 名	
	生 年 月 日	年 月 日
接種済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		
再接種する予防接種の種類		
医 療 機 関	名称	
	所在地	
	医師名 (署名又は記名押印)	