

様式第 2 （第 6 条関係）

東郷町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

年 月 日

（あて先）東郷町長

骨髄移植手術等の医療行為により、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供します。

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。

接種対象者	住 所	東郷町
	ふりがな氏名	
	生年月日	年 月 日生
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	疾病名	
	理由 ☐ 骨髄移植手術 ☐ 免疫抑制療法 ☐ その他（ ）	
再接種する予防 接種の種類		
主 治 医	医療機関名称 所 在 地 電話番号 主治医氏名 （署名又は記名押印）	