

新居浜市特別の理由による任意予防接種費用補助に関する意見書

記入しないでください

—年—月—日—

（宛先）新居浜市長

次の者は、疾病の治療により接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないと判断したため、再度の予防接種が必要であることを証明します。

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。

被 接 種 者	ふりがな 氏 名			男 ・ 女												
	生年月日	平成・令和	年	月	日	（	歳	か月）								
	住 所	新居浜市														
疾 病 名																
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した理由		治療経過														
		治療期間：平成・令和							年	月	日	～	平成・令和	年	月	日
再接種が必要な予防接種の種類		・BCG（4歳未満）							1回							
		・ヒブ（10歳未満）							初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種							
		・小児肺炎球菌（6歳未満）							初回接種（1回目・2回目・3回目）・追加接種							
		・B型肝炎							1回目・2回目・3回目							
		・四種混合（15歳未満）							1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種							
		・二種混合							2期							
		・麻しん・風しん（MR）							1期・2期							
*該当する予防接種を○で囲んでください。		・水痘							1回目・2回目							
		・日本脳炎							1期初回（1回目・2回目・追加）・2期							
		・不活化ポリオ							初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種							
		・子宮頸がん							1回目・2回目・3回目							
		・五種混合（15歳未満）							1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加接種							
医 療 機 関	名 称															
	所在地															
	医師名 署名又は 記名押印															

【意見書作成に係る注意事項】

- ・この意見書の内容について、新居浜市の担当者より個別に照会を行う場合がありますので御了承願います。
- ・再接種する予防接種で費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は任意接種となります。