

鹿沼市特別の事由による予防接種の再接種費助成認定申請書

年 月 日

鹿沼市長 様

申請者 住 所  
氏 名  
電話番号



(※保護者が申請者となります)

骨髄移植手術その他の特別の事由により、接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと医師に判断され、当該予防接種と同等の予防接種を再接種するため、特別の事由による予防接種の再接種費助成認定を受けたいので、申請します。

なお、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、鹿沼市がその情報を関係医療機関及び医師に問い合わせること、また、予防接種を実施する医療機関及び医師に提供することについて同意します。

接種対象者	フリガナ			性別	男 ・ 女	
	氏 名					
	住 所	栃木県鹿沼市				
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）				
保護者氏名		接種対象者との続柄（ ）				
接種医療機関	所在地					
	名称					
医師の理由書	骨髄移植手術その他の事由により、下記のとおり接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断します。また、再接種を開始しても可能な状態であると判断します。なお、再接種の必要性及び副反応については、十分説明しています。					
	疾病名					
	特別の事由が生じた日 （移植実施日等）	年 月 日				
	再接種を開始することが 可能と判断された日	年 月 日				
	接種済みの予防接種の 予防効果が期待できない と判断する理由					
	再接種が必要な 予防接種の種類	※おおむね1年の間に接種する予防接種をご記入ください。				
	医療機関	所在地				
		名称				
医師名 (署名又は記名押印)						

※添付書類 骨髄移植その他の事由が生じる以前に受けた予防接種の記録が記載された母子健康手帳の写し（又は当該定期予防接種を接種したことを証する書類の写し）