

市川市 特別の理由による任意予防接種費用助成に係る意見書

市川市長 あて

下記の者は、疾病の治療により、接種済みの定期接種の予防効果が期待できないため、再度の接種が必要であることを証明します。

記

被接種者氏名	フリガナ	
生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 ヲ月)	
住 所	市川市	
接種済みの定期接種の予防効果が期待できないと判断する理由	疾病名	
	治療内容	
上記疾病の治療期間		
再接種が必要な予防接種の種類と回数	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> ヒブ	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 4種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
	<input type="checkbox"/> BCG	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 風しん	1期・2期
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期
	<input type="checkbox"/> 二種混合(第2期)	2期
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん	1回目・2回目・3回目

令和 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印