

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	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
	☐ ヒブ	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	☐ 小児用肺炎球菌	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
	☐ 5種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	☐ 三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	☐ 不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
	☐ B C G	
	☐ 麻しん風しん混合	1期・2期
	☐ 麻しん	1期・2期
	☐ 風しん	1期・2期
	☐ 水痘	1回目・2回目
	☐ 日本脳炎	1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
	☐ 二種混合（第2期）	2期
	☐ 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