

長岡市長 様

長岡市特別の理由による任意予防接種に関する助成対象者該当理由書

長岡市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付要綱第 6 条第 1 項の規定に基づき、接種済の定期予防接種の予防効果が期待できないと判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)
接種済の定期予防接種の予防効果が期待できない理由	疾病分類： 疾 病 名： 該当理由： 予防接種の予防効果が期待できない理由が生じた日： 年 月 日 予防接種不適当要因が解消された日： 年 月 日		
再接種する予防接種	B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目	
	ヒブ (Hib) 【10歳未満まで】	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	小児用肺炎球菌 【6歳未満まで】	初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・追加	
	五種混合 (DPT-IPV-Hib) 【15歳未満まで】	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	三種混合 (DPT)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	二種混合 (DT)	2 期	
	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目)・1 期追加	
	B C G 【4歳未満まで】	1 回	
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期・3 期・4 期	
	麻しん	1 期・2 期・3 期・4 期	
	風しん	1 期・2 期・3 期・4 期	
	日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目)・1 期追加・2 期	
	水痘	1 回目・2 回目	
	H P V	1 回目・2 回目・3 回目	
医療機関所在地 医療機関名 医師名			
備 考			

この理由書は、任意予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村に報告されることに同意します。

保護者自署 _____