

様式第2号（第6条関係）

芦屋市予防接種再接種費用助成に関する理由書

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

骨髄移植等（造血幹細胞移植（骨髄移植、末梢血幹細胞移植、さい帯血移植））により、移植前に定期接種を通じて得られた免疫が低下又は消失した者について再接種が可能と認められることから、下記のとおり理由書を提出します。

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。

記

接種対象者	ふりがな 氏名		性別	男・女
	生年月日	年	月	日
	住所	芦屋市	町	番 号
接種済みの定期接種の効果が期待できないと判断する理由				
再接種する予防接種の種類				
医療機関	名称			
	所在地			
	医師名	署名又は記名押印		

※理由書作成に係る注意事項

- ・当該理由書の発行にかかる費用については、芦屋市からの費用助成の対象外となります。
- ・芦屋市から理由書の内容について医療機関に照会を行う場合がありますので、ご了承くださいませようお願いします。

以上