

様式第2号（第5条関係）

愛西市特別の理由による任意予防接種費用助成に関する主治医意見書

以下の者は、骨髄移植手術その他の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないと判断します。

また、この意見書の記載内容について、接種医療機関に情報提供することに同意します。

被接種者	住 所		
	ふりがな		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (満 歳 か月 )
疾病名等、特別な 事情の内容	(疾患名)  (発病時期) 年 月 日頃  (治療期間) 年 月 日～ 年 月 日  (接種が可能となった日) 年 月 日  (接種済みの定期予防接種の効果が期待できない理由)		
再接種する予防接種 の種類及び接種回数			
医療機関所在地 医 療 機 関 名 医師署名又は記名押印			
備 考			

この意見書は、助成金の対象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、本意見書が市に報告されることに同意します。

年 月 日 保護者署名 \_\_\_\_\_