

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

那珂市長 様

予防接種再接種費用助成に関する理由書

下記の者は、骨髄移植等による医療行為により、接種を受けた定期予防接種の効果が期待できないため、再接種の必要があると判断します。

なお、再接種の必要性及び副反応については、十分に説明しています。

接種 対象者	住 所	那珂市			
	氏 名				
	生年月日	年 月 日（ 歳 か月）	性別	男・女	
接種を受けた定期予防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	医療機関名				
	所在地				
	医師名 (署名又は記名押印)				