

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

八百津町長 様

八百津町小児がん患者ワクチン再接種費用助成に関する意見書

次の者について、骨髄移植手術（造血幹細胞の移植）により、接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できなくなったため、予防接種の再接種が必要であると判断しますので、下記のとおり意見書を提出します。

接種 対 象 者	住 所	
	ふりがな 氏 名	
	生年月日	年 月 日
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)	

<特記事項>

本理由書の発行にかかる費用は助成対象外となりますので、申請者の負担になります。