

予防接種の再接種に関する医師の理由書

鯖江市長 殿

医療行為により、接種済み定期予防接種の予防効果が期待できないものについて、この度、予防接種の再接種が可能な状態と認められるため、下記のとおり理由書を提出します。なお、再接種の必要性および副反応については十分に説明しています。

令和 年 月 日

医療機関の所在地

および名称

主治医名

(署名または記名押印)

電話番号

記

対象者	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)	
接種済み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(被接種者の疾病名および治療内容など)			
	再接種が可能となった日	年 月 日	
再接種が必要な 予防接種	B型肝炎：1回目・2回目・3回目		
	ヒブ：初回（1回目・2回目・3回目）・追加	対象：10歳未満	
	小児用肺炎球菌：初回（1回目・2回目・3回目）・追加	対象：6歳未満	
	四種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加	対象：15歳未満	
	三種混合：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	不活化ポリオ：1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加		
	二種混合		
	B C G	対象：4歳未満	
	麻しん風しん混合：1期・2期		
	水痘：1回目・2回目		
	日本脳炎：1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期		
子宮頸がん：1回目・2回目・3回目			
再接種する医療機関			

**【当該理由書にかかる注意事項】**

- 1 当該理由書は治療をしている医療機関の医師に記載していただきます。なお、鯖江市から医療機関に照会することがありますので御協力をお願いします。
- 2 再接種を行う予防接種で助成の対象となるのは、過去に定期接種として接種済みの予防接種のみとなります。（長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったこと等により、定期予防接種を受けることができなかつたと認められる場合は、別途申請をすることにより定期接種の対象となる場合があります。詳しくは鯖江市健康づくり課にお問い合わせください。）
- 3 助成の対象となるものは、被接種者が20歳に達するまでに接種するものに限りです。
- 4 当該理由書の発行に費用が必要な場合は、助成の対象外のため申請者の負担となります。