

記入例

安城市特別の理由による任意予防接種実施届出書

安城市長

\*太枠内をご記入ください。

令和〇〇年〇月〇日

届出者 (保護者)	氏名	<b>安城 花子</b>		
	住所	〒446-0052 安城市 横山 町下毛賀知106番地1 電話 0566 - 76 - 1133		
被接種者	氏名	<b>安城 太郎</b>	生年 月日	平成〇年〇月〇日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ。		
医師に記入を依頼してください。		例) 令和〇〇年〇月〇日に行った骨髓移植手術により、それまでに受けた予防接種の抗体を失ってしまったため。		
理由書 (医師記入欄)	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	令和〇〇年〇月〇〇日 医療機関所在地 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 番地 医療機関名 <input type="checkbox"/> 病院 医師名 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
	今回接種する予防接種の種類	<b>BCG 4歳未満</b> <b>肺炎球菌 6歳未満</b> <b>ヒフ 10歳未満</b> <b>5種混合・4種混合 15歳未満</b> <b>それ以外のワクチン 20歳未満</b> <b>が助成対象となります。</b>		
備考				

添付書類 母子健康手帳の予防接種の記録が記載されているページ又は骨髓移植手

術その他の理由が生じる以前の予防接種の履歴が確認できるものの写し