

## 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 ○○ 年 ○ 月 ○ 日

届出者 (保護者)	氏名	安 城 花 子		
	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	安 城 太 郎	生年 月 日	平成○年○月○日
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 届出者と同じ。		
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	例) 令和○○年○月○日に行った骨髄移植手術によ 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。  令和 ○ 年 ○ 月 ○○ 日 医療機関所在地 □□市□□町×番地 医療機関名 □□病院 医師名 □□ □□		
	今回接種する予 防接種の種類	肺炎球菌 (1回目) 5種混合 (1回目)  BCG 4歳未満 肺炎球菌 6歳未満 ヒブ 10歳未満 5種混合・4種混合 15歳未満 それ以外の7ワクチン 20歳未満 が助成対象となります。		
備 考				

医師に記入を依頼  
してください。ゴム印などでの記名の場  
合は、押印が必要です。  
(スタンプ印不可)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髄移植手  
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