

第 2 号様式(第 5 条関係)

立川市長 殿

予防接種再接種費用助成に関する医師の意見書

骨髄移植等により免疫が喪失又は減少し、接種済みの定期予防接種の効果が期待できなくなった者について、予防接種の再接種により免疫を得られる効果が期待できるため、下記のとおり意見書を提出します。

被接種者	ふ り が な 氏 名	
	生 年 月 日 年 齢	年 月 日 (歳 か月)
	住 所	
接種済みの定期予防接種の免疫が喪失又は減少する要因となった疾病名及び治療内容等		疾病名
		治療内容
再接種を必要とする予防接種の種類及び回数		

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印

(自署の場合は押印を省略することができます。)