様式第2号（第5条関係）

加賀市小児がん等の治療による任意予防接種費用助成に関する理由書（主治医意見書）

（宛先）加賀市長

　加賀市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成金交付要綱第5条の規定により、既に受けた定期予防接種により獲得した予防効果が期待できない又は長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別の事情により定期の予防接種を受けることができなかったと判断しますので、理由書を提出します。なお、接種の必要性・効果及び副反応については十分に説明しています。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | ふりがな |  | 生年月日 | 年　　　月　　　日  （満　　　歳　　　か月） |
| 氏名 |  |
| 住所 |  | | |
| 区分 | | 1 治療により既に受けた予防接種の効果が期待できないと医師に判断された者  2 治療により定期接種期間内に接種を受けられなかった者で医師が接種を必要と認める者  3 その他上記以外の理由で市長が特に必要と認めた者 | | |
| 予防接種不適当要因が生じた日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 予防接種不適当要因が解消された日 | | 年　　　　月　　　　日 | | |
| 既に受けた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又は疾病等の名称と定期予防接種の対象者である期間に接種を受けられなかった理由 | |  | | |
| 再度の接種等が必要な予防接種の種類、回数 | |  | | |
| 医療機関 | 名称 | 記載年月日: 年　　　月　　　日 | | |
| 所在地 |  | | |
| 医師名 |  | | |

　この理由書は、加賀市小児がん等の治療後の任意予防接種費用助成に該当するかどうかを判断する事を目的としています。

　このことを理解の上、本理由書が加賀市に報告されることに同意します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 保護者自書 |  |
|  |  | （被接種者が18歳以上の場合は被接種者） | |