

第3号様式(第6条第1項第4号関係)

年 月 日

(宛先)白井市長

白井市予防接種再接種費用助成承認申請に係る主治医意見書

次の者は、特別の理由により、接種済みの定期予防接種の効果が期待できないため、再度の予防接種が必要であると判断します。また、再接種の必要性及び副反応について、接種対象者又はその保護者に十分に説明し、了承を得ています。

なお、主治医と接種医が異なる場合は、この意見書の記載内容について接種医に情報提供することに同意します。

接種 対象者	住所	白井市	
	氏名・性別	(男・女・無回答)	
	生年月日	西暦 年 月 日(満 歳 か月)	
医療 機関	名称		
	所在地		
	電話番号		
	医師名	(署名又は記名押印) ㊟	
再接種が必要な 予防接種の種類等	ワクチンの種類	接種回数	

※裏面あり

接種済みの定期予防 接種の効果が期待で きない原因となった 疾病名と治療内容	疾 病 名
	治 療 内 容
上記疾病の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日

【留意事項】

- ・この意見書の内容について、市の担当課より個別に照会を行う場合がありますので御了承願います。
- ・再接種する予防接種で、市の費用助成の対象となる予防接種は、過去に定期予防接種として接種済みの予防接種に限ります。
- ・再接種する予防接種は、任意接種となります。

