様式第２号（第５条関係）

**特別の理由による任意予防接種費助成金主治医意見書**

飛　島　村　長

|  |  |
| --- | --- |
| ＊太枠内をご記入ください。 | 年　　　月　　　日　 |
| 申　請　者 | 氏　名 |  |
| 現住所 | 〒飛島村　　　　　　　電話（　　　　　）　　　－ |
| 被 接 種 者（予防接種を受ける人） | 氏　名 |  | 生年月日 | 年 　月 　 日  |
| 現住所 | □申請者に同じ〒 |
| 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 | 疾 患 名：発病時期：治療期間：　　　年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日接種が可能となった日：　　　　年　　　月　　　日接種済みの定期予防接種の予防効果が期待できない理由年　　　月　　　日　　医療機関所在地　　医療機関名　　　医師署名又は記名押印 |