

大治町長 殿

大治町特別の理由による任意予防接種費助成に関する主治医意見書

以下の者は、当院で加療しており、医療行為等により接種済みの予防接種の予防効果が期待できないと判断します。

また、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。

被接種者	住 所	
	電話番号	— —
	ふりがな	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か 月)
疾病名等、特別な事情の内容	(疾患名) (発病時期) 年 月 日頃 (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)	
接種可能な予防接種の種類、回数		
医療機関所在地 医療機関名 電話番号 医師名		印
備 考		

この意見書は、助成金の対象に該当するかどうかを判断することを目的としています。
このことを理解の上、本意見書が大治町に報告されることに同意します。