

第2号様式（第5条関係）

骨髄移植等の医療行為による予防接種の免疫消失者に対する任意再接種
に関する承諾書

世田谷区長 あて

世田谷区長が助成金の交付決定に係る審査にあたり、予防接種について必要な情報（疾病の状況等）があるときは、関係医療機関に問い合わせることを承諾します。

また、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済制度などについて理解した上で、再接種費用の助成を希望します。

なお、再接種による健康被害が発生した場合において、独立行政法人医薬品医療機器総合機構による救済制度が適用できない可能性があることもあわせて承諾します。

年 月 日

申請者（被接種者の保護者）

住 所 _____

氏 名 _____