

名取市長 あて

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種実施申請書

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄：被接種者の（ ）

電話番号

下記対象者については、長期療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情により、やむを得ず対象年齢内に定期接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

つきましては、予防接種施行令第3条第2項に基づき定期接種の実施を申請します。

1. 対象者

住 所	名取市 電話（ ）
(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)
生年月日	平成・令和 年 月 日生まれ (歳 か月)

2. 主治医の診断をうけた上で、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分（複数選択可）

☐ BCG (※4歳に達するまで)	
☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
☐ ヒブ(Hib) (※10歳に達するまで)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
☐ 小児用肺炎球菌 (※6歳に達するまで)	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
☐ 4種混合(DPT-IPV) (※15歳に達するまで)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
☐ 5種混合(DPT-IPV-Hib) (※15歳に達するまで)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
☐ 不活化ポリオ(IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加
☐ 水痘	1回目・2回目
☐ 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期
☐ 日本脳炎	1期初回(1回目・2回目)・1期追加・2期
☐ 2種混合(DT)	2期
☐ 子宮頸がん予防(HPV)	1回目・2回目・3回目

3. 接種医療機関

医療機関 名 称
所在地
電話番号

<添付書類>

- ・母子健康手帳（接種歴がわかるもの）
- ・長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書