

年 月 日

大和高田市長 殿

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の申請書

申請者（または保護者）

住所

氏名

被接種者との続柄：

電話番号

次の対象者は、長期療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別な事情により、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、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診断を受けました。

つきましては、予防接種法施行令第3条第2項に基づき、定期予防接種の実施をお願い致します。

記

1. 対象者

被接種者	住 所	大和高田市 電話番号 ()
	(フリガナ) 氏 名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)

2. 主治医の診断を受けた上で、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）

<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	10歳に達するまで	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> B型肝炎		1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 3種混合 (DPT)	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
<input type="checkbox"/> BCG	4歳に達するまで	
<input type="checkbox"/> ポリオ (IPV)		1期初回（1回目・2回目・3回目）・1期追加
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)		1期・2期
<input type="checkbox"/> 麻しん		1期・2期
<input type="checkbox"/> 風しん		1期・2期
<input type="checkbox"/> 水痘		1回目・2回目
<input type="checkbox"/> 日本脳炎		1期初回（1回目・2回目）・1期追加・2期
<input type="checkbox"/> 2種混合 (DT)		2期
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)		1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		

3. 接種医療機関

名称	所在地
	電話番号

(添付書類)

- 母子健康手帳の予防接種の記録欄（写し）（高齢者肺炎球菌対象者は不要）
- 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定措置対象者該当理由書