

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

令和 年 月 日

(宛先) 高槻市長

申請者 住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄：被接種者の()

電話番号 _____

下記の対象者については、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1条の3第2項に基づき定期接種の実施をお願いいたします。

記

1 対象者

ふりがな 氏名		性別	男・女
生年月日	平成・令和 年 月 日	(歳 か月)	
住所	高槻市		

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）

<input type="checkbox"/> BCG（4歳に達するまで）	
<input type="checkbox"/> ヒブ（10歳に達するまで）	
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（6歳に達するまで）	
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 四種混合（15歳に達するまで）	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> 三種混合	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	1期初回（1回目・2回目・3回目）・追加
<input type="checkbox"/> MR（麻しん・風しん混合）※	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> 麻しん※	1期・2期・3期・4期
<input type="checkbox"/> 風しん※	1期・2期・3期・4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）・追加・2期
<input type="checkbox"/> 二種混合	
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目

※MR及び麻しん、風しんの3期、4期については、平成20年度から平成24年度の間に、その対象であった期間に、長期にわたる療養を必要とする特別の事情があった場合に限る。

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（接種歴のわかるもの）
- 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