

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申請書

栗東市長 竹村 健 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 被接種者との続柄  
印 ( ) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことにより、定期予防接種の機会を逸しましたが、症状が回復し、主治医から予防接種をうけることの許可がありましたので、主治医の該当理由書を添えて、予防接種法施行規則に基づき、下記のとおり、定期予防接種を申請します。また、栗東市が主治医の該当理由書について主治医へ申請に係る情報を照会すること、厚生労働省及び接種医に報告、情報提供することを承諾します。

被接種者	住 所	栗東市  電話番号 ( — — )
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
接種予定医療機関		

【接種を希望する予防接種の種類】

該当する予防接種の□にチェックを記入し、回数を○で囲んでください。

※接種期間は接種可能となった日から2年間（高齢者の肺炎球菌感染症は1年間）。上限があるものを除く。

定期予防接種種類・回数		接種年齢の上限
<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	上限なし
<input type="checkbox"/> Hib感染症	1回目・2回目・3回目・追加	10歳に達するまで
<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	1回目・2回目・3回目・追加	6歳に達するまで
<input type="checkbox"/> 4種混合 (DTP-IPV)	1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 )・1期追加	15歳に達するまで
<input type="checkbox"/> 3種混合 (DTP)	1期初回 ( 1回目・2回目・3回目 )・1期追加	
<input type="checkbox"/> 2種混合 (DT)	2期	
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	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"/> 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	初回・追加	
<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"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症		

【申請書に添付するもの】

1. 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
2. 母子健康手帳（予防接種履歴の確認のため）、予防接種済証（母子健康手帳記載以外のものがある場合）の写し