

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

年 月 日

小 樽 市 長 様

申請者

住所

氏名

対象者との続柄：

電話番号：

下記の者は、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により、定期接種を受けることができませんでしたが、この度、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の診断を受けました。

つきましては、医師が記載した別紙「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対象者該当理由書」を添えて申請しますので、予防接種法施行令第3条第2項に基づき定期接種の実施をお願いします。

記

1. 対象者

住所	小樽市		
	電話番号 () - -		
(フリガナ)		性別	男・女
被接種者氏名			
生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)	

2. 接種を希望する予防接種の種類及び接種区分

☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目
☐ Hib感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
☐ 小児の肺炎球菌感染症	初回（1回目・2回目・3回目）・追加
☐ 五種混合（DPT-IPV-Hib）	1期 初回（1回目・2回目・3回目）・追加
☐ 二種混合（DT）	2期
☐ 結核（BCG）	
☐ 麻しん風しん（MR）	1期・2期・3期・4期
☐ 麻しん	1期・2期・3期・4期
☐ 風しん	1期・2期・3期・4期
☐ 水痘	1回目・2回目
☐ 日本脳炎	1期（初回1回目・初回2回目・追加）・2期
☐ ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目
☐ 高齢者等肺炎球菌感染症	
☐ 高齢者等带状疱疹	1回目（生ワクチン・組換えワクチン） 2回目（組換えワクチン）

※ 高齢者等带状疱疹は、交互接種不可

3. 接種医療機関

医療機関名	
所在地	

<添付書類>

- ・母子健康手帳（高齢者の肺炎球菌感染症及び带状疱疹に係る予防接種以外の予防接種を希望される場合）
- ・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