

年 月 日

小樽市長 様

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

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき長期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なかつた者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
疾病名等、特別な事情の内容	(疾病分類) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日		
今回実施する予防接種の種類、回数			
予防接種の種類、今後の計画、接種回数等 ※高齢者等帯状疱疹は交互接種はできません。	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	小児用肺炎球菌	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) ・1期追加	
	四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	二種混合 (DT)	2期	
	B C G		
	麻しん風しん混合 (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	
	子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目	
高齢者等肺炎球菌			
高齢者等帯状疱疹	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)		
医療機関所在地 医療機関名 医師名 (署名又は記名押印)	㊞		
備 考			

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

申請者自署