

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) 被接種者氏名		性別	男・女
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

<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> Hib感染症	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌感染症	初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib)	1期 初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV)	1期 初回(1回目・2回目・3回目)・追加
<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期
<input type="checkbox"/> 結核(BCG)	
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん(MR)	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・初回2回目・追加)・2期
<input type="checkbox"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症	

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