年　　月　　日

弥 彦 村 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一条の三の２の規定に基づき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なかった方が、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（　　）	
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名	（　男　・　女　）	
	生年月日	T・S・H・R　　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） （予防接種不適当要因が生じた日）　　年　　月　　日 （予防接種不適当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		不活化ポリオ（IPV）	１期初回（１回目・２回目・３回目）・１期追加
		BCG【４歳未満まで】	
		四種混合（DPT-IPV）【15歳未満まで】	１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加
		三種混合（DPT）	１期初回（ １回目・２回目・３回目 ）・１期追加
		二種混合（DT）	２期
		日本脳炎	１期初回（ １回目・２回目 ）・１期追加・２期
		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
		子宮頸がん予防（HPV）	１回目・２回目・３回目
		ヒブ(Hib)【10歳未満まで】	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
		小児用肺炎球菌【６歳未満まで】	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
		水痘	１回目・２回目
		B型肝炎	１回目・２回目・３回目
		高齢者用肺炎球菌	
医療機関所在地 医療機関名 医師名(記名押印)		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。

保護者自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿