

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

弥彦村長 様

申請者 氏 名 _____
 対象者との続柄 (_____)
 住 所 弥彦村 _____
 電 話 _____

下記の対象者については、疾患の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受けることが出来なかったが、このたび主治医からその要因が解消されたため、予防接種を受けて差し支えないと診断を受けました。

つきましては、予防接種施行令第1条の3第2項に基づき定期予防接種の実施をお願いします。

記

1. 対象者

ふりがな 氏 名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	(歳 か月)	
住 所	弥彦村		

2. 主治医の診断を受けた上で、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分（複数選択可）

接種可能と判断された予防接種の種類にチェック及び接種回数に○印	<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"/> 四種混合 (DPT-IPV) (15歳に達するまで)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	<input type="checkbox"/> 三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期
	<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"/> 麻しん風しん混合 (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"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) (10歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (6歳に達するまで)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目
<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌		
接種医療機関		

- *添付書類*
- ・母子健康手帳
 - ・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