

和光市長 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実施申請書

下記の対象者については、長期療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情により、やむを得ず対象年齢内に定期接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この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、予防接種施行令第1条の3第2項に基づき定期接種の実施をお願いいたします。

太枠内をご記入ください

被接種者	住 所	和光市		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 (満 歳 ヶ月)
申請者	フリガナ			
	氏 名			
	電話番号	()	被接種者との続柄	
今回実施する 予防接種の種類 及び回数		<input type="checkbox"/> ヒブ	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
		<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
		<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> ポリオ単独 (IPV)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
		<input type="checkbox"/> 4種混合 (DPT-IPV)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
		<input type="checkbox"/> 5種混合 (DPT-IPV-Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
		<input type="checkbox"/> BCG		
		<input type="checkbox"/> 水痘	1回目 ・ 2回目	
		<input type="checkbox"/> 麻疹風しん混合	第1期 ・ 第2期	
		<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期 (1回目・2回目・追加) ・ 第2期	
		<input type="checkbox"/> 2種混合 (DT)	第2期	
		<input type="checkbox"/> HPV	1回目・2回目・3回目	
		<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌		
接種を 希望する 医療機関	医療機関名			
	住所			
	電話番号			

添付資料

- 母子健康手帳 (予防接種の記録箇所) の写し
- 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