

豊前市長 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

申請者 住所 _____

氏名 _____

対象者との続柄：接種者()

電話番号 _____

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、予防接種施行規則に基づき、下記のとおり定期予防接種を申請します。

記

被接種者	住 所	豊前市	
	(フリガナ)		
	氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
接種を希望する予防接種の種類及び接種区分 (該当する項目にチェック及び○を付けてください)	☐ B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	☐ ヒブ (上限：10 歳未満まで)	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加 1 回	
	☐ 小児肺炎球菌 (上限：6 歳未満まで)	初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	☐ 五種混合 (上限 15 歳未満まで)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	☐ 四種混合 (上限 15 歳未満まで)	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目) ・ 追加	
	☐ B C G (上限：4 歳未満まで)	1 回	
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期	
	☐ 風しん第 5 期	1 回	
	☐ 水痘	1 回目 ・ 2 回目	
	☐ 日本脳炎	1 期初回 (1 回目 ・ 2 回目) ・ 1 期追加 ・ 2 期	
	☐ 二種混合	2 期	
	☐ 子宮頸がん予防	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	☐ 高齢者肺炎球菌	1 回	
	☐ 帯状疱疹	<生ワクチン>1 回 <不活化ワクチン>1 回目・2 回目	
	医 療 機 関 名		
医 療 機 関 所 在 地			

【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