様式第２号（第４条、第５条関係）

麻しん・風しん（MR）混合予防接種
特例措置申請用
※太枠箇所をご記入ください

年　　月　　日

草津市長　宛

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３条第２項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者が、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	年　　月　　日　（満　　歳　　ヶ月）
疾病名等、特別な事情の内容		（疾病分類）**記入不要** （疾病名）**記入不要** （予防接種が受けられなかった理由） **ワクチン供給不足により定期接種対象期間に接種ができなかったため** （上記の特別な理由が生じた日） 年　　月　　日　**記入不要** （予防接種が可能となった日） 年　　月　　日　**記入不要**
今回実施する予防接種の種類、回数（□に✔を記入し、該当する接種回数を○で囲ってください）	□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	
	□五種混合（DPT-IPV- Hib）	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
	□ｼﾞﾌﾃﾘｱ・破傷風混合（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・５期
	□麻しん	１期・２期
	□風しん	１期・２期・５期
	□子宮頸がん予防（HPV）	１回目・２回目・３回目
	□ヒブ（Hib）	初回（１回目・２回目・３回目）・追加
	□小児用肺炎球菌感染症	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
	□高齢者肺炎球菌感染症	
	□高齢者帯状疱疹	ビケン
		シングリックス（１回目・２回目）
医療機関所在地 医療機関名 担当医師名	**記入不要**	
備　考		

証明内容について、被接種者（または保護者）の同意のもと、草津市から問い合わせる場合があります。また、この証明内容は厚生労働省に報告します。