

**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等による定期接種に関する特例措置申請書

長期にわたり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、定期予防接種の機会を逸していましたが、当該特別の事情がなくなったため、下記の予防接種を受けたく、下記のとおり申請いたします。

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">申 請 者</div>
住 所：草津市 _____
氏 名： _____

記

予防接種 を受ける 人	(フリガナ) 氏 名	(男 ・ 女)	
	住 所	草津市	
	電話番号	—	—
	生年月日	年	月
希望する予防接種 (□に✓を記入し、 該当する接種回数を○で囲って ください)	<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"/> B C G		
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV・Hib)	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"/> ジフテリア・破傷風混合 (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・5 期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1 期・2 期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	1 期・2 期・5 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)	初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌感染症	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"/> 高齢者肺炎球菌感染症		
<input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹	ビケン シングリックス (1 回目・2 回目)		
予防接種 希望医療機関名			
接種予定日	年	月	日
添付書類	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 親子(母子)健康手帳の被接種者氏名と予防接種のページの写し ※麻しん風しん混合(MR)5期、風しん5期、高齢者肺炎球菌感染症または高齢者带状疱疹の予防接種を希望する人は親子(母子)健康手帳の提出は不要		

《注意》理由書内容は厚生労働省に報告いたします。理由書の作成費用は自己負担になりますので御注意ください。