

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（ ）
	(フリガナ) 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) (疾病名) (予防接種が受けられなかった理由) (上記の特別な理由が生じた日) 年 月 日 (予防接種が可能となった日) 年 月 日	
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)	<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"/> 高齢者帯状疱疹	ビケン	
<input type="checkbox"/> 高齢者帯状疱疹	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		
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。