

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。

申 請 者

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 日	
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)	☐ 不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	☐ B C G		
	☐ 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	
	☐ ジフテリア・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		
	☐ 高齢者带状疱疹	ビケン	
☐ 高齢者带状疱疹	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	☐ 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 ☐ 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。