

守山市長あて

## 長期療養者の定期予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことにより、定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が快復し主治医の許可が得られたため、予防接種法施行規則に基づき、下記のとおり定期予防接種を申請します。理由書の情報が市および厚生労働省に報告されることに同意します。

申請者	氏名	住所 (電話 - )		
保護者	氏名 ※申請者と同じ場合は記入不要	住所 ※申請者と同じ場合は記入不要 (電話 - )		
被接種者	ふりがな	性別	男・女	
	氏名	生年月日	年 月 日	
	住所			
希望する予防接種	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	<input type="checkbox"/> BCG※4歳未満まで			
	<input type="checkbox"/> ヒブ(Hi b)※10歳未満まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌※6歳未満まで	初回(1回目・2回目・3回目)・追加		
	<input type="checkbox"/> 五種混合(DPT-IPV-Hib)※15歳未満まで	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 四種混合(DPT-IPV)※15歳未満まで	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-IPV)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加		
	<input type="checkbox"/> 二種混合(DT)	2期		
	<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"/> 麻しん風しん混合(MR)	1期・2期		
	<input type="checkbox"/> 麻しん単独	<input type="checkbox"/> 風しん単独	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回・2回		
	<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"/> ヒトパピローマウイルス感染症	1回目・2回目・3回目		
<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌感染症				
かかりつけ医療機関名	予防接種希望医療機関名			

※申請にあたり、主治医の理由書と母子健康手帳の予防接種の接種歴の写しを添付してください。  
(高齢者の肺炎球菌感染症の場合は、母子健康手帳の写しは不要です。)

申請者本人確認（市担当課記入欄）

運転免許証  マイナンバーカード  健康保険証  その他（ ）