

長期療養等の特別な事情があった者の定期予防接種申請書

年 月 日

守山市長あて

申請者 氏名 続柄（ ）

住所

電話番号（ ）

特別な事情により定期予防接種の機会を逸しましたが、特別な事情がなくなったため、予防接種法施行規則に基づき定期予防接種を申請します。申請にあたり、担当課が特別な事情を確認するために自治体や関係機関間で情報共有することについて、また、この申請内容や医師が作成する理由書の情報が厚生労働省に報告されることについて同意します。

被接種者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日		
	氏名			(歳 か月)		
保護者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	()	
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	()	
特別な事情	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				
	該当する項目にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> ① 長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったこと <input type="checkbox"/> ② 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ③ ②に掲げるもののほか、医学的知見に基づきこれらに準ずると認められるもの <input type="checkbox"/> ④ 災害、特定疾病にかかるワクチンの大幅な供給不足、その他これに類する事由が発生したこと（具体的な内容： ）					
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(Hib) ※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"/> 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			
	※チェックまたは○をしてください。	<input type="checkbox"/> (麻しん風しん混合(MR)・麻しん単独・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				
		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹 (<input type="checkbox"/> ビケン、 <input type="checkbox"/> シングリックス筋注用 (1回目・2回目))				
<input type="checkbox"/> その他 ()						
かかりつけ医療機関名		予防接種希望医療機関名				

【必要な添付書類】

- ・長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書（特別な事情の④に該当する場合は不要）
- ・母子健康手帳の予防接種の接種歴の写し（高齢者の肺炎球菌感染症の場合は不要）

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 その他（ ）