

様式第1号（第6条の2関係）

年 月 日

神栖市長 様

申請者 住所
氏名
電話

続柄（ ）

長期療養者等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等の特別の事情により定期予防接種の機会を逸しましたが、今般、特別の事情がなくなったため、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、下記のとおり定期予防接種の実施を申請します。なお、医師の意見書を添付している場合にあっては、貴市職員が必要に応じて情報収集を行うことについて同意します。

記

接種を受ける人	(フリガナ) 氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日
	保護者氏名		連絡先	
	住所			
特別の事情	疾病名等			
	医療機関名 ※疾病名記入の場合			
	特別の事情が 解消された日	年 月 日		
希望する予防接種 の種類、接種回数 ※該当するワクチン にチェックし、回 数に○を付けて 下さい。	☐ ヒブ (Hib)	※10歳未満	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	☐ 小児用肺炎球菌	※6歳未満	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	☐ B型肝炎		1回目・2回目・3回目	
	☐ 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	※15歳未満	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	☐ 四種混合 (DPT-IPV)	※15歳未満	1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	☐ 不活化ポリオ (IPV)		1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・1期追加	
	☐ 結核 (BCG)	※4歳未満		
	☐ 麻しん風しん混合 (MR)		1期・2期・ () 単抗原	
	☐ 水痘		1回目・2回目	
	☐ 日本脳炎		1期初回 (1回目・2回目) ・1期追加・2期	
	☐ 二種混合 (DT)		2期	
	☐ 子宮頸がん予防 (HPV)		1回目・2回目・3回目	
	☐ 高齢者肺炎球菌			
	☐ 带状疱疹		生ワクチン・組換えワクチン (1回目・2回目)	
	☐ その他 ()			
接種予定医療機関				
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 (医師の意見書) (様式第1号の2) ☐ 予防接種記録が確認できるもの (母子手帳等)			