

神栖市長 様

申請者 住所  
氏名 続柄（ ）  
電話

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。	<input type="checkbox"/> B型肝炎		1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	※6歳未満	初回(1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	※10歳未満	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	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 結核 (BCG)	※4歳未満		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)		1期・2期・( )単抗原	
	<input type="checkbox"/> 水痘		1回目・2回目	
	<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"/> 二種混合 (DT)		2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)		1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌			
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹		生ワクチン・組換えワクチン(1回目・2回目)	
<input type="checkbox"/> その他 ( )				
接種予定医療機関				
添付書類	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 予防接種記録が確認できるもの(母子手帳等)			