

年 月 日

備前市長 様

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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の予防接種が受けることができませんでしたが、病状が回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定期予防接種の実施について申請します。

被接種者	住 所		
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )	
	生年月日	年 月 日 ( 満 歳 ヶ月 )	
予防接種の種類等 ※希望する予防接種 にチェックをし、 回数に○をつけて ください。	<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"/> B C G		
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib)	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)	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"/> 日本脳炎	1 期初回 ( 1 回目 ・ 2 回目 ) ・ 1 期追加 ・ 2 期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	1 期 ・ 2 期 ・ 3 期 ・ 4 期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回 ( 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 ( 1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目 ) ・ 追加	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1 回目 ・ 2 回目	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌	1 回	
<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	生ワクチン ・ 不活化ワクチン ( 1 回目 ・ 2 回目 )		
接種予定医療機関			

※BCGは4歳の誕生日の前日まで、5種混合は15歳の誕生日前日まで、ヒブは10歳の誕生日の前日まで、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の前日までを対象とします。

<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
- ・母子健康手帳（接種履歴のわかるもの）ただし、成人用肺炎球菌・帯状疱疹の場合は不要