

加須市長 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 加須市 _____

氏名 _____

被接種者との続柄 ()

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、定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が回復し主治医の許可が得られたため、次のとおり定期予防接種の実施を申請します。

被接種者	住所	加須市 電話番号 ()	
	(フリガナ) 氏名・性別	(男 ・ 女)	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
疾病名等、 特別な事情の内容		疾患名【 該当する項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> (1) 重症複合免疫不完全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> (2) 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> (3) (1)又は(2)に準ずるもので、予防接種を受けるのが適当でないと判断される疾病 <input type="checkbox"/> (4) 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> (5) 医学的知見に基づき、(1)~(4)に準ずると認められるもの	
接種可能を希望する予 防接種の種類、接種回 数 (該当する項目にチェック 及び○印をつけてくださ 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(※)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT-IPV-Hib) (※)	第1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・第1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG(※)		
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	第1期・第2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	第1期初回 (1回目・2回目) ・第1期追加・第2期	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	第1期初回 (1回目・2回目) ・第1期追加・第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"/> 三種混合 (DPT)	第1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・第1期追加	
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	第1期初回 (1回目・2回目・3回目) ・第1期追加	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib) (※)	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	第1期・第2期	
<input type="checkbox"/> 風しん	第1期・第2期		
接種予定医療機関名 主治医氏名 所在地 電話番号			

この申請書と別紙4理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、これらの内容が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署 _____