長期療養等による特例措置対象者における定期予防接種実施申請書

島原市長　様

保護者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印
住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記の者が特別の事情により、定期予防接種における対象期間内に予防接種を受けることができませんでしたが、この度、特別の事情がなくなり、予防接種が可能となりました。

つきましては、母子健康手帳の写し及び医師の診断に基づく特例措置対象者該当理由書を提出いたしますので、下記定期予防接種について、実施くださいますよう申請いたします。

記

(ふりがな) 被接種者氏名	
生年月日	（　　歳　　か月）
性　　別 (※該当に○を記入)	男　　・　女
特別の事情	
特別な事情が なくなった日	(※2年経過していないこと)
接種を希望する 予防接種 (※該当に○を記入)	・四種混合第１期　（　・１回目　・２回目　・３回目　・追加　）…15歳未満 ・三種混合第１期　（　・１回目　・２回目　・３回目　・追加　） ・不活化ポリオ　（　・１回目　・２回目　・３回目　・追加　） ・BCG　…4歳未満 ・二種混合第１期　（　・１回目　・２回目　・３回目　・追加　） ・二種混合第２期 ・日本脳炎第１期　（　・１回目　・２回目　・追加　） ・日本脳炎第２期 ・麻しん　（・第１期　・第２期　・第３期　・第４期　） ・風しん　（・第１期　・第２期　・第３期　・第４期　） ・麻しん風しん混合[MR]　（・第１期　・第２期　・第３期　・第４期　） ・小児用肺炎球菌　（　・１回目　・２回目　・３回目　・追加　）…6歳未満 ・インフルエンザ菌ｂ型 [Hib]（　・１回目　・２回目　・３回目　・追加　）…10歳未満 ・子宮頸がん予防　（　・１回目　・２回目　・３回目　） ・水痘　（　・１回目　・２回目　） ・Ｂ型肝炎　（　・１回目　・２回目　・３回目　） ・高齢者肺炎球菌
接種希望医療機関	
備考	