

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	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) …<u>15歳未満</u> ・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 …<u>4歳未満</u> ・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) …<u>6歳未満</u> ・インフルエンザ菌b型 [Hib] (・1回目 ・2回目 ・3回目 ・追加) …<u>10歳未満</u> ・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	

