

恵庭市長 様

住所:

氏名:

㊞

対象者との続柄:

電話番号:

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種実施申請書

下記の者は、予防接種法施行令第1条の3第2項で規定される長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別な事情により、定期の予防接種を受けることができませんでしたが、当該特別な事情がなくなり、主治医の許可が得られたため、別紙のとおり「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」を添えて定期予防接種の実施を申請します。

記

1. 対象者

フリガナ 氏名		性別	男・女
生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	電話番号	
住所	恵庭市		

2. 接種を希望する予防接種名及び接種回数等

予防接種名		接種回数等	
-------	--	-------	--

3. 接種医療機関

医療機関名	
所在地	

【添付資料】

- 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
- 母子手帳や予防接種済証等の予防接種歴が確認できるものの写し

注) 接種期間は、BCGは4歳未満、4種混合は15歳未満、ヒブは6歳未満、小児用肺炎球菌は6歳未満、その他子どもの予防接種は特別な事情がなくなり接種可能となった日から起算して2年を経過する日まで(高齢者肺炎球菌は1年を経過する日まで)となります。