

恵庭市長 様

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

予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき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なかつた者が、今般、特別な事情がなくなつたため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	恵庭市 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 の内容と該当理由	<input type="checkbox"/> ①定期接種実施要領別表に掲げる疾病に罹患した 疾病分類【                   】 疾病名【                   】 《該当理由》 <input type="checkbox"/> ア 重症複合免疫不全症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> イ 白血病その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ウ ア又はイの疾病に準ずると認められる疾病			
	<input type="checkbox"/> ②臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた			
	<input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき、①又は②に準ずると認められるもの			
予防接種不適當要因が生じた日		年 月 日		
予防接種不適當要因が解消された日		年 月 日		
実施する予防接種名		接種回数等		
医療機関所在地				
医療機関名				
医師名(記名押印)	印			

<同意書>

この理由書は、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、本理由書が恵庭市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

申請者自署 \_\_\_\_\_