

長期療養に係る定期の予防接種特例実施の申出書

令和 年 月 日

当別町長様

特別の事情により対象期間にできなかった定期予防接種について、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき、特例実施をお願いいたします。

申請者氏名		続柄()	
被接種者	フリガナ		
	氏名 (男 ・ 女)		
	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (満 歳 か月)		
住所	〒 電話		
接種場所	医療機関名 電話		
定期予防接種を受けることができなかった特別の事情 (※)	次の1～4のうち該当するものに○を付けてください。 1. 予防接種法規則で定める疾患にかかったこと 2. 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと 3. 医学的知見に基づき、1・2に準ずると認められるもの 4. 災害、予防接種法で定める特定疾病に係るワクチンの大幅な供給不足等		

(主治医記入欄) ※上記特別の事情1～3の場合記載必要

定期予防接種対象期間内に長期療養を必要とした疾病名等の「特別の事情」			
(疾病名)			
(治療歴)			
(対象期間内に予防接種が不相当であった医学的理由)			
予防接種不相当要因が生じた日:		年 月 日/	解消された日: 年 月 日
今回申請する予防接種	種類	該当するものに○印を記入してください。	
	Hib(ヒブ)※10歳の誕生日前日まで	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
	小児肺炎球菌※6歳の誕生日前日まで	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
	B 型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	五種混合※15歳の誕生日前日まで	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
	四種混合※15歳の誕生日前日まで	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
	BCG※4歳の誕生日前日まで	1回	
	MR	1期 ・ 2期 ・ 5期	
	麻しん	1期 ・ 2期	
	風しん	1期 ・ 2期	
	水痘	1回目 ・ 2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ・ 2期	
	二種混合(DT)	2期	
	ヒトパピローマウイルス(HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	高齢者肺炎球菌	1回	
高齢者带状疱疹	1 回目 ・ 2回目		
以上のことにより、現状で上記の接種を可能と判断します。			
医療機関名			
医師名		記入日	