

## 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

<b>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」</b>		
(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
	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	