

大竹市長様

申請者

住 所 大竹市

被接種者との続柄

氏 名 _____ ()

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予防接種実施申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことにより、定期予防接種を受けることができませんでしたが、病状が快復し、別紙様式第2号のとおり主治医の許可が得られたため、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき、定期予防接種の実施について申請します。

1 被接種者及び接種を希望する医療機関（必要事項を記入してください。性別欄は○をつけてください。）

被 接 種 者	氏 名		性 別	男・女
	生年月日	年 月 日		
	住 所	大竹市		
接種を希望する 医療機関名				

2 接種を希望する予防接種（該当する予防接種にチェックを、期別・回数等に○をつけてください。）

<input type="checkbox"/> 四種混合（DPT-IPV）	1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・1 期追加
<input type="checkbox"/> 三種混合（DPT）	1 期初回（ 1 回目・2 回目・3 回目 ）・1 期追加
<input type="checkbox"/> 二種混合（DT）	2 期
<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ（IPV）	1 回目・2 回目・3 回目・追加
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合（MR）	1 期・2 期
<input type="checkbox"/> 麻しん	1 期・2 期
<input type="checkbox"/> 風しん	1 期・2 期
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1 期初回（ 1 回目・2 回目 ）・1 期追加・2 期
<input type="checkbox"/> B C G	1 回
<input type="checkbox"/> ヒブ（Hib）	1 回目・2 回目・3 回目・追加
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	1 回目・2 回目・3 回目・追加
<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防（HPV）	1 回目・2 回目・3 回目
<input type="checkbox"/> 水痘	1 回目・2 回目
<input type="checkbox"/> B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	1 回

《添付書類》

- 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対象者該当理由書
- 母子健康手帳
- 予防接種実施依頼書交付申請書（予防接種を受ける医療機関が契約外医療機関の場合）