

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

（宛て先） 真鶴町長

申請者 氏 名	_____
対象者との続柄（	_____）
住 所	真鶴町
電 話	_____

下記の対象者については、疾患の治療及び療養が長期にわたり、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受けることができなかったが、このたび主治医からその要因が解消されたため、予防接種を受けて差し支えないと診断を受けました。

つきましては、次のとおり定期予防接種を受けたいので申請します。

1. 対象者

ふりがな 氏 名	_____	性 別	男 ・ 女
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	（ _____ 歳 _____ か月）	
住 所	真鶴町		

2. 主治医の診断を受けた上で、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分（複数選択可）

接種可能と判断された 予防接種の種類に チェック及び接種回 数に○印	☐ 不活化ポリオ（IPV）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
	☐ BCG（4 歳に達するまで）	
	☐ 五種混合（DPT-IPV-Hib） （15 歳に達するまで）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
	☐ 三種混合（DPT）	1 期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1 期追加
	☐ 二種混合（DT）	2 期
	☐ 日本脳炎	1 期初回（1 回目・2 回目）・1 期追加・2 期
	☐ 麻しん風しん混合（MR）	1 期・2 期
	☐ 麻しん	1 期・2 期
	☐ 風しん	1 期・2 期
	☐ 子宮頸がん予防（HPV）	1 回目・2 回目・3 回目
	☐ ヒブ（Hib）（五種混合ワクチンを使用する場合、15 歳に達するまで）	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
	☐ ヒブ（Hib） （10 歳に達するまで）	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
	☐ 小児用肺炎球菌 （6 歳に達するまで）	初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加
	☐ 水痘	1 回目・2 回目
	☐ B 型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目
	☐ 高齢者肺炎球菌	
	☐ 高齢者带状疱疹	
☐		
接種医療機関		

添付書類 ・母子健康手帳
・「長期療養を必要とする疾病にかかった者の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書」（第 2 号様式）