

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

寄居町長 様

住所 寄居町大字

【申請者】

続柄

氏名 () 印

電話番号

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、病状が回復し主治医の許可が得られたため、予防接種法施行規則に基づき、別紙のとおり、長期療養者の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書を添えて定期予防接種を申請します。

なお、長期療養者の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書について、寄居町長及び厚生労働省に報告することに同意します。

記

被 接 種 者	住 所	寄居町大字		
	フリガナ 氏 名	男・女		
	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	(歳 カ月)
保 護 者 氏 名 *被接種者が 20 歳未満の場合、ご記入ください。				
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況 <input type="checkbox"/> 当てはまる項目にチェックをしてください。	疾患名 <input type="checkbox"/> ①重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他の免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ②白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他の免疫の機能を抑制する治療を要する重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ③臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ④医学的知見に基づき①から③に準ずると認められるもの 療養期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで			
接種を希望する医療機関	医療機関名	住所	電話番号	主治医名
予防接種の種類・回数 <input type="checkbox"/> 希望する予防接種にチェックをし、回数に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> B型肝炎：1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> ヒブ：初回(1回目・2回目・3回目)・追加 <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌：初回1回目・2回目・3回目・追加 <input type="checkbox"/> 四種混合：1期(初回1回目・2回目・3回目)・追加 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合：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・追加)・2期 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ：1期(初回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"/> 高齢者用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん：1期・2期 <input type="checkbox"/> 水痘：1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 二種混合：2期			
添付書類	<input type="checkbox"/> 長期療養を必要と判断した理由書又は診断書 <input type="checkbox"/> 予防接種歴(母子健康手帳の写し)			

* 『長期療養者の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書(様式1-2)』を必ず添付してください。