

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

令和 年 月 日

志免町長 様

申請者 氏 名
 住 所
 続 柄
 電話番号

長期療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情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、主治医から特別な事情が解消されたとの判断を受けたため、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、次のとおり定期予防接種の実施について申請します。

また、本申請について医療機関及び関係官公庁に情報提供されることに同意します。

被接種者	氏名(ふりがな)	()
	住 所	志免町
	生年月日	年 月 日 (申請日時点の年齢: 歳)

接種を希望する予防接種	種類	回数
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
	小児用肺炎球菌(6歳未満)	初回接種 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加
	五種混合(15歳未満)	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加
	二種混合	<input type="checkbox"/> 2期
	BCG(4歳未満)	<input type="checkbox"/> 1回
	MR(麻しん風しん混合)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期
	水痘	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
	日本脳炎	1期初回 (<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期
	HPV	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目

【必要な添付書類】

- ・母子健康手帳
- ・長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書