

矢掛町長 殿

長期療養者等のための定期予防接種に関する申請書

申請者 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

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等により定期の予防接種を受けることができませんでしたが、当該特別の事情がなくなったため、予防接種法施行規則に基づき定期予防接種の実施について申請します。

被接種者	住 所		
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )	
	生年月日	年 月 日	(満 歳 ヶ月)
予防接種の種類等 ※希望する予防接種に チェックをし、回数 に○をしてください。	<input type="checkbox"/> 五種混合 (DPT - IPV - Hib)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<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"/> 二種混合 (DT)	2 期	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<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"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1 期 ・ 2 期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (HPV)	1 回目 ・ 2 回目 ・ 3 回目	
	<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"/> 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"/> ヒブ	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
	<input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌		
	<input type="checkbox"/> 帯状疱疹	乾燥弱毒生水痘ワクチン	1 回目
	乾燥組換え帯状疱疹ワクチン	1 回目 ・ 2 回目	
接種医療機関			

※ジフテリア、百日せき、急性灰白髄炎及び破傷風は、四種混合ワクチン又は五種混合ワクチンを使用する場合に限り15歳の誕生日の前日まで、BCGは、4歳の誕生日の前日まで、ヒブは、10歳の誕生日の前日まで(五種混合ワクチンを使用する場合にあっては、15歳の誕生日の前日まで)、小児肺炎球菌は、6歳の誕生日の前日までを対象とします。

<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措置対象者該当理由書
- ・母子健康手帳等の写し（接種履歴のわかるもの）ただし、成人用肺炎球菌及び帯状疱疹の場合は不要