

## 様式1（表面）

令和 年 月 日

木津川市長様

## 長期療養に係る予防接種特例実施申請書

以下のとおり、対象者は長期療養に係る特別の事情により定期予防接種の機会を逸しましたが、このたび主治医から、裏面のとおり当該特別の事情がなくなったため、予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

つきましては、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき定期の予防接種を受けたく、対象者であることの確認を申請します。

なお、下記の情報について、厚生労働省からの通知に基づき、厚生労働省に報告されることに同意します。

## [申請者等]

ふりがな	対象者との続柄		
申請者氏名			
住所	〒 一		
電話番号			
ふりがな	性別	生年月日	
対象者氏名	男・女	年 ( 歳 か月)	月 日
定期予防接種を受けることができなかった特別の事情	次の1～3のうち該当するものに○を付け、疾病名等を余白に記載してください。		
	1 厚生労働省令に掲げる疾病（別紙）にかかったこと 2 臓器の移植を受けたあと、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと 3 医学的知見に基づき、1又は2に準ずると認められるもの  (疾病名等)  その他の詳細については、裏面に主治医に記載してもらってください。		
これまでの予防接種歴			

## [接種を希望する予防接種の種類等]

接種を希望する予防接種の種類及び回数 (該当する者に○を付けてください。)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒブ（Hib）【10歳に達するまでの間にある者※】（初回1回・2回目・3回目、追加）</li> <li>小児用肺炎球菌【6歳に達するまでの間にある者※】（初回1回・2回目・3回目、追加）</li> <li>DPT-IPV-Hib【15歳に達するまでの間にある者※】（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）</li> <li>DPT-I PV【15歳に達するまでの間にある者※】（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）</li> <li>DPT（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）</li> <li>DT（2期）</li> <li>麻しん風しん混合（1期、2期、3期、4期）</li> <li>麻しん（1期、2期、3期、4期）</li> <li>風しん（1期、2期、3期、4期）</li> <li>日本脳炎（1期初回1回目・2回目、1期追加、2期）</li> <li>子宮頸がん（1回目・2回目・3回目）</li> <li>BCG【4歳に達するまでの間にある者※】</li> <li>B型肝炎（初回1回・2回目、追加）</li> <li>水痘（1期、2期）</li> </ul>
接種医療機関	
住所／電話番号	

※「～歳に達するまで」とは、～歳の誕生日の前日までのことをいいます。

様式1（裏面）

（主治医記入欄）

表面の対象者（氏名： ）が定期予防接種を受けることができなかつた特別な事情の詳細は、次のとおりです。

なお、この特別な事情がなくなつたと認められる日は、令和 年 月 日です。

定期予防接種を受けることができなかつた特別な事情（疾病名、定期の予防接種の対象者であつた間に接種できなかつた理由、その期間等）、当該特別な事情がなくなつた理由等の詳細を記載してください。

令和 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電話番号

主治医氏名

印