

長期療養に係る定期の予防接種特例実施の申出書

令和 年 月 日

当別町長様

特別の事情により対象期間にできなかった定期予防接種について、予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき、特例実施をお願いいたします。

申請者氏名		続柄()	
被接種者	フリガナ		
	氏名	(男 ・ 女)	
	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生 (満 歳 か月)		
住所	〒		
	電話		
接種場所	医療機関名		
	電話		

(主治医記入欄)

定期予防接種対象期間内に長期療養を必要とした疾病名等の「特別の事情」			
(疾病名)			
(治療歴)			
(対象期間内に予防接種が不相当であった医学的理由)			
予防接種不相当要因が生じた日:		年 月 日/	解消された日: 年 月 日
今回申請する予防接種	種類	該当するものに○印を記入してください。	
	Hib(ヒブ)※10歳の誕生日前日まで	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
	小児肺炎球菌※6歳の誕生日前日まで	初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 追加	
	B 型肝炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
	五種混合※15歳の誕生日前日まで	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
	四種混合※15歳の誕生日前日まで	1期初回 (1回目 ・ 2回目 ・ 3回目) ・ 1期追加	
	BCG※4歳の誕生日前日まで	1回	
	MR	1期 ・ 2期	
	麻しん	1期 ・ 2期	
	風しん	1期 ・ 2期	
	水痘	1回目 ・ 2回目	
	日本脳炎	1期初回 (1回目 ・ 2回目) ・ 1期追加 ・ 2期	
	二種混合(DT)	2期	
	ヒトパピローマウイルス(HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目	
高齢者肺炎球菌	1回		
以上のことにより、現状で上記の接種を可能と判断します。			
医療機関名			
医師名		記入日	