

年 月 日

廿日市市長様

申請者

住 所：廿日市市

氏 名：

電話番号：

長期療養に係る定期予防接種実施申請書

長期療養を必要とする疾病にかかったことその他特別の事情により、接種対象の期間内に定期予防接種を受けることができませんでしたが、この度主治医からこの特別の理由が解消され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ので、次のとおり予防接種の実施について申請します。

また、主治医理由書の情報が廿日市市、接種医、厚生労働省に報告されることに同意します。

被接種者	氏 名	
	生年月日	年 月 日
	住 所	廿日市市
	保護者名 <small>※親権を行う者又は後見人</small>	
接種希望医療機関名		
予防接種の種類	五種混合・三種混合	<input type="checkbox"/> 1 期初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 3 回目 <input type="checkbox"/> 1 期追加
	二種混合	<input type="checkbox"/> 1 期初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 1 期追加 <input type="checkbox"/> 2 期
	不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1 期初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 3 回目 <input type="checkbox"/> 1 期追加
	ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 1 期初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 3 回目 <input type="checkbox"/> 1 期追加
	麻しん風しん	1 期 () 2 期 ()
	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1 期初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 1 期初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 1 期追加 <input type="checkbox"/> 2 期
	B C G	<input type="checkbox"/> 1 回
	ヒブ (H i b)	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 初回 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 初回 1 回目 <input type="checkbox"/> 初回 2 回目 <input type="checkbox"/> 初回 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加
	B 型肝炎	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目
	水痘	<input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目

※添付書類 主治医理由書及び予防接種歴が分かるもの（親子健康手帳等）の写し等