

川俣町長期療養者等のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

川俣町長 様

申請者氏名 _____

(被接種者との続柄： _____)

住所 川俣町 _____

電話番号 _____

下記の理由により、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に受けることができなかった要因が解消されたため、下記の予防接種について接種することを申請します。

記

接種を受ける方	被接種者氏名 <small>ふ り が な</small>	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	住所	川俣町
	長期にわたり療養を必要とする疾病及び特別な事情の状況 1～3の該当するものに○をつけてください。	1 疾病名【 _____ 】 <input type="checkbox"/> 重症複合免疫不全症その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 <input type="checkbox"/> 白血病その他免疫の機能を抑制する治療を要する重篤な疾病 <input type="checkbox"/> その他予防接種を受けることが適当ではないと認められる疾病 医療機関名： _____ 主治医名： _____
		2 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由
		3 虐待やネグレクト等
	接種が可能となった日	年 月 日から
接種を希望する予防接種	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 五種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV) <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹	
保護者氏名 <small>ふ り が な</small>	(続柄 _____)	
接種予定医療機関		

【添付書類】

- 1 長期療養を必要とする疾病に罹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 (様式第2号)
- 2 母子健康手帳の写し