

瑞浪市長

申請者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄 ( \_\_\_\_\_ )

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期予防接種の機会を逸しましたが、今般、特別の事情がなくなったため、予防接種法施行令第 1 条の 2 第 3 項の規定に基づき、下記のとおり定期予防接種を申請します。申請にあたり、主治医の理由書を添付致します。

接種を受ける人	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	(疾病分類) 該当するものにレ点を入れてください			
	<input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 血液・免疫疾患 <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 慢性消化器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )			
接種が可能となった日	年 月 日 ※接種可能と判断された日から2年以上経過している場合は、特例措置対象者にはなりません			
今回希望する予防接種の種類 (回数)				
接種予定医療機関				
今後接種予定の予防接種 (回数)	<input type="checkbox"/> 三種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> ヒブ (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 四種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 五種混合 (1・2・3・追加) <input type="checkbox"/> B型肝炎 (1・2・3) <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (1・2) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1・2・3・4) <input type="checkbox"/> 水痘 (1・2) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん (1・2・3) <input type="checkbox"/> 破傷風・ジフテリア混合			
保護者氏名		連絡先		