様式第１号（第４条関係）

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

大河原町長　様

申請者　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（被接種者との続柄：　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　大河原町

電話番号

下記疾患の治療・療養が長期にわたり、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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 接種を受けるかた | （ﾌﾘｶﾞﾅ）  氏名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　歳　　　か月） |
| 住所 | 大河原町 |
| 長期にわたり療養を必要とする疾病の状況 | 疾病名【　　　　　　　　　　　　　　　　】  □ ① 重症複合免疫不全症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾病  □ ② 白血病その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病  □ ③ ①及び②に準じ予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病 |
| 医療機関名：  主治医名： |
| 接種が可能となった日 | 年　　　月　　　日　から |
| 今回希望する予防接種 | □ロタウイルス　□Hib　□小児用肺炎球菌　□５種混合　□４種混合　　□３種混合　□ポリオ　□ＢＣＧ　□麻しん風しん混合　□麻しん　　　　□風しん　□日本脳炎　□ジフテリア・破傷風（２種混合）　　　　　　　□子宮頸がん予防　□Ｂ型肝炎　□水痘　□高齢者肺炎球菌 |
| 保護者氏名 | |  |
| 接種予定  医療機関名 | |  |

・「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に関する特例措置対象者該当理由書」（様式第２号）と、母子健康手帳の予防接種欄のコピーを添付してください。

・Hibは10歳に達するまで、小児用肺炎球菌は６歳に達するまで、５種混合及び４種混合は15歳に達するまで、ＢＣＧは4歳に達するまでのかたを対象としています。