

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の
定期接種に関する特例措置対象者該当理由書兼申請書

袋井市長 様

下記の者が、長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情がなくなり、定期予防接種を受けたいので、申請します。

なお、この理由書兼申請書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

申請者及び同意者 住 所
(保護者又は 氏 名
被接種者(対象者)) 電話番号

被接種者 氏 名
(対象児又は者) 生年月日 年 月 日生 (歳)

※以下、医師記入欄

予防接種法施行令第 3 条の第 2 項の規定に基づき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を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期予防接種を実施できると判断します。

		理由書の記載日 年 月 日		
被 接 種 者	ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)		
	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)	
特 別 な 事 情 の 内 容	(疾病名)			
	(該当理由) 該当のものにレ点を付けてください。 ☐ ① 重症複合免疫不全症等、その他免疫機能に支障を生じさせる重篤な疾病 ☐ ② 白血病等免疫機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 ☐ ③ ①又は②に準ずると認められるもの(疾病の例:別表2) ☐ ④ 臓器移植を受けた後、免疫機能を抑制する治療を受けたこと ☐ ⑤ 医学的知見に基づき、①～④に準ずると認められるもの			
	(予防接種不適当要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適当要因が解消された日) 年 月 日			
	※ 不適当要因が解消されてから成人用肺炎球菌は1年間、それ以外については2年間接種可能			
今回実施する 予防接種の種類・接種区分 及び今後の予防接種計画 (○で囲む) ※ 接種上限年齢 ・ヒブ (Hib) …10歳未満 ・小児肺炎球菌… 6 歳未満 ・ 4 種混合 (DPT-IPV) …15歳未満 ・ B C G … 4 歳未満		ヒブ (Hib) ※	初回 (1回目・2回目・3回目) ・追加	
		小児用肺炎球菌 ※	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	
		4 種混合 (DPT-IPV) ※	初回 1 期 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
		不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加	
		B C G ※	1 回	
		水痘	1 回目・2 回目	
		麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期	
		日本脳炎	1 期初回 (1 回目・2 回目) ・ 1 期追加・2 期	
		2 種混合 (DT)	2 期	
		子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目	
成人用肺炎球菌		1 回		
医 療 機 関	所 在 地 名 称 医 師 名 (自署又は記名押印)			
備 考				