

長期療養の定期予防接種申請書

接種希望者	ふりがな 氏 名		
	住 所	つくばみらい市	
	電話番号		
	生年月日	年	月
保護者氏名			
長期にわたり療養を必要とする疾病等の状況	特別の事情 <small>※該当する番号に○を入れてください。</small>	1. 重症複合免疫不全症、その他免疫機能に支障を生じる重篤な疾病 2. 白血病、その他免疫機能を抑制する治療を必要とする疾病 3. 1. または2. の疾病に準ずると認められるもの 4. 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと 5. その他1. ～4. に準ずると認められるもの 6. 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が発生したこと (4. 6. はやむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る)	
	医療機関名	主治医：	
	接種できなかった期間	年 月 日 ~	年 月 日
該当予防接種 <small>※希望する予防接種の番号、回数に○を入れてください。</small> <small>〈年齢上限〉 BCG：4歳未満 小児肺炎球菌：6歳未満 五種混合：15歳未満 四種混合：15歳未満 インフルエンザ菌b型(Hib)：10歳未満 成人肺炎球菌・带状疱疹： 接種可能となった日から1年以内</small>	1. 小児肺炎球菌	【 1回目・2回目・3回目・追加 】	
	2. B型肝炎	【 1回目・2回目・3回目】	
	3. 五種混合 <small>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・インフルエンザ菌b型(Hib))</small>	【 1回目・2回目・3回目・追加 】	
	4. BCG		
	5. 麻しん・風しん	【 第1期・第2期 】	
	6. 水痘	【 1回目・2回目 】	
	7. 日本脳炎	第1期【 1回目・2回目・追加 】・第2期	
	8. ヒトパピローマウイルス (HPV)	【 1回目・2回目・3回目 】	
	9. 二種混合 <small>(ジフテリア・破傷風)</small>		
	10. 四種混合 <small>(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)</small>	【 1回目・2回目・3回目・追加 】	
	11. インフルエンザ菌b型 (Hib)	【 1回目・2回目・3回目・追加 】	
	12. 成人肺炎球菌		
	13. 带状疱疹	生ワクチン・組換えワクチン【 1回目・2回目 】	
接種予定医療機関名			
<p>長期にわたり療養を必要とする疾病に罹った事等により、定期予防接種の機会を逸しましたが、病状が回復し主治医の許可が得られたため、予防接種法施行規則に基づき、主治医の理由書を添えて上記のとおり定期予防接種を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">つくばみらい市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名</p>			