

長期療養者の定期接種に関する申請書

令和 年 月 日

角田市長 殿

申請者 保護者氏名 _____ 印
(被接種者との続柄： _____)

住 所 _____

電 話 _____

下記の疾病の治療・療養が長期にわたり、予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受けることができなかった要因がこの度解消されたため、下記の予防接種について接種することを申請します。

記

被接種者	住 所	角田市
	ふりがな 氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
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、無ガンマグロブリン血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、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群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の疾病に準じ、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：	
接種を希望する予防接種	☐ BCG ☐ 5種混合 ☐ 4種混合 ☐ 2種混合 ☐ 不活化ポリオ ☐ 日本脳炎 ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 麻しん風しん混合 ☐ 水痘 ☐ 子宮頸がん予防 ☐ ヒブ (Hib) ☐ B型肝炎 ☐ 高齢者肺炎球菌 ☐ 带状疱疹	
接種が可能となった日	令和 年 月 日 から	
保護者氏名	電話： ()	
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接種に関する特例措置対象者該当理由書」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。

※5種混合・4種混合は15歳に達するまで、ヒブは10歳に達するまで、小児用肺炎球菌は6歳に達するまで、BCGは4歳に達するまでの方を特例の対象としています。