

記入例

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

申請日

年 月 日

東近江市長 様

申請者 保護者氏名 東近江 花子 印 押印

住 所 東近江市八日市緑町10番5号

電 話 0748-12-3456

下記疾患の治療、療養が長期にわたり、予防接種法に定められた定期予防接種の機会を逸していましたが、病状が快復し主治医の許可が得られたため、東近江市長期療養者のための定期予防接種実施要領第4条第2項の規定により、下記のとおり定期予防接種を申請します。

記

被接種者氏名	東近江 太郎 ※予防接種を受ける人の名前を記入してください。
被接種者生年月日	令和4年4月2日 ※予防接種を受ける人の生年月日を記入してください。
疾患名 (該当する疾患をチェックしてください。)	☐ 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 ☐ 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 ☐ 臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと ☒ その他 (MR ワクチン供給不足により接種できなかったため)
接種医療機関名、 連絡先、主治医氏名	●×医院 ※接種する医療機関名を記入してください。
接種可能な予防接種に レ点を付けてください。	☐ 不活化ポリオ ☐ BCG ☐ 5種混合 ☐ 4種混合 ☐ 3種混合 ☐ 2種混合 ☐ 日本脳炎 ☒ 麻しん風しん混合 ☐ 麻しん ☐ 風しん ☐ 水痘 ☐ B型肝炎 ☐ 子宮頸がん予防 ☐ ヒブ ☐ 小児用肺炎球菌 ☐ 高齢者用肺炎球菌

※「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」(様式第2号)を添付してください。

※BCGは4歳の誕生日の1日前まで、5種混合及び4種混合は15歳の誕生日の1日前まで、ヒブは10歳の誕生日の1日前まで、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の1日前までを対象とします。

※申請時には、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。