

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実施申請書

豊見城市長 殿

【申請者】

住 所 豊見城市

氏 名 _____

被接種者との続柄 ()

電話番号 _____

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、対象年齢内に定期予防接種を受けることができなかつたため、予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき、下記のとおり定期予防接種の実施を申請します。

被接種者	住 所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 豊見城市 ()		
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	保護者氏名		日中連絡先	
特別の事情	以下1～5のうち、該当するものにチェックしてください。			
	<input type="checkbox"/> 1. 別表に規定する疾病にかかったため			
	<input type="checkbox"/> 2. 臓器の移植手術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたため			
	<input type="checkbox"/> 3. 医学的知見に基づき上記1及び2に準ずるため			
	<input type="checkbox"/> 4. 災害のため(国の通知等により該当性が示された場合のみ)			
特別の事情1、2、3のいずれかの場合に記入	疾病の状況	(疾病分類) 該当するものにチェックしてください。		
		<input type="checkbox"/> 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 血液・免疫疾患 <input type="checkbox"/> 神経・筋疾患 <input type="checkbox"/> 慢性消化器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 慢性心疾患 <input type="checkbox"/> 内分泌疾患 <input type="checkbox"/> 膠原病 <input type="checkbox"/> 先天性代謝異常 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患 <input type="checkbox"/> 先天異常 <input type="checkbox"/> その他 ()		
		(疾病名)		
	(接種可能となった日) 年 月 日 ※対象期間は上記から2年以内。ただし、4種混合及び5種混合は15歳、BCGは4歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日前日までに限る。			
添付書類	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 親子健康手帳(母子手帳)の写し			

特別の事情4の場合に記入	災害の状況	(災害が発生した場所)	
		(災害が起こった日) 年 月 日	
添付書類	災害の状況	(接種可能となった日) 年 月 日 ※対象期間は上記から2年以内。ただし、4種混合及び5種混合は15歳、BCGは4歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日前日までに限る。	
		<input type="checkbox"/> 被災証明書等の被災したことが分かるもの。ただし、国の通知等で確認できる場合は省略することができる。 <input type="checkbox"/> 親子健康手帳（母子手帳）の写し。ただし、被災により紛失した場合等は省略することができる。	
特別の事情5の場合に記入	状況	(ワクチンの大幅な供給不足により接種できなかった予防接種の種類)	
		(ワクチンの大幅な供給不足により接種できなかった日) 年 月 日	
	添付書類	(接種可能となった日) 年 月 日 ※対象期間は上記から2年以内。ただし、4種混合及び5種混合は15歳、BCGは4歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日前日までに限る。	
<input type="checkbox"/> 親子健康手帳（母子手帳）の写し			
チェック及び○をつけてください。 実施を希望する予防接種及び医療機関名 (予防接種の種類該当する項目に)	(予防接種の種類)		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加	
	<input type="checkbox"/> 二種混合 (DT)	2期	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期	
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん (HPV)	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	<input type="checkbox"/> 水痘	1回目・2回目	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	<input type="checkbox"/> 五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
(医療機関名)			

留意事項

- ・添付書類を取得するためにかかった費用については、助成の対象外です。