

## 長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

平川市長 様

申請者 保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

住 所 平川市 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

下記疾患の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず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出来なかったその要因が解消されたため、下記の予防接種について接種することを申請します。

### 記

被接種者氏名	
被接種者生年月日	
疾患名 (該当する疾患をチェックして下さい)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ( )
接種医療機関名、 連絡先、主治医氏名	
接種可能な予防接種に チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 成人用肺炎球菌

\*「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)、または、申請に至った理由を確認できる書類の写しを添付してください。また、これらの提出が困難である場合には、お問い合わせください。

\*BCGは4歳の誕生日の1日前まで、四種混合は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。