

(様式 2)

長期療養者の予防接種申請書

五島市長 あて

令和 年 月 日

下記のとおり、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別の事情により、やむを得ず予防接種法に定める定期の予防接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。ついては、予防接種施行令第1条の3第2項に基づき定期の予防接種の実施を主治医の該当理由書を添えて申請します。

ふりがな		性別
予防接種を受ける人の氏名		男 ・ 女
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
申請者	続柄 ()	
保護者氏名	続柄 ()	
住所及び連絡先	五島市 自宅・携帯 ()	
診断名		
診断を受けた医療機関名	主治医名	
接種予定医療機関		
希望する予防接種の種類	ヒブ 1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・追加	
	B型肝炎 1回目・2回目・3回目	
	四種混合 1回目・2回目・3回目・追加	
	BCG 1回	
	MR(麻しん風しん混合) 1期 ・ 2期	
	水痘 1回目・2回目	
	二種混合 1回	
	日本脳炎 1回目・2回目・追加・2期	
	不活化ポリオ 1回目・2回目・3回目・追加	
	麻しん・風しん 1期 ・ 2期	
	子宮頸がん 1回目・2回目・3回目	