

# 長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種実施申出書

年 月 日

(宛先) 豊中市長

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

対象者との続柄： ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

次の対象者については、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別な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、特別な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、予防接種法施行令第3条の第2項に基づき定期の予防接種の特例実施をお願いします。

## 記

### 1. 対象者

フリガナ		性 別	男 ・ 女
氏名			
生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)	連絡先	自宅： 携帯： →本人・父・母・その他( )
住所	豊中市		

### 2. 希望する予防接種の種類 (主治医に了解を得たうえで、○を記入) 複数選択可

① B型肝炎 (1・2・3) 回目	⑦ 麻しん風しん (MR) (1・2) 期
② ヒブ単独 (10歳になるまで)	⑧ 水痘 (1・2) 回目
③ 小児用肺炎球菌 (6歳になるまで)	⑨ 日本脳炎 (1・2) 回目・追加 ・第2期
④ 四種混合 (1・2・3) 回目・追加 (15歳になるまで)	⑩ 二種混合 (DT) 2期
⑤ 五種混合 (1・2・3) 回目・追加 (15歳になるまで)	⑪ HPV (子宮頸がん予防) (1・2・3) 回目
⑥ BCG (4歳になるまで)	⑫ 高齢者肺炎球菌
	⑬ その他 ( )

### 添付書類

母子健康手帳の氏名が分かるページ及び予防接種の記録ページの写しを添付してください。

### 3. 接種医療機関名、所在地

接種医療機関名：
医療機関所在地：