

# 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

令和 年 月 日

摂津市長 様

申請者	住所
	氏名
	電話番号
	被接種者との続柄

次の者については、長期にわたり療養を必要とする疾病などの特別の事情により接種対象年齢の間に定期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。

ついでには、予防接種法施行令第1条の3第2項に基づき定期の予防接種の実施をお願いします。

被接種者	住所	摂津市		
	氏名	( 男 ・ 女 )		
	生年月日	平成・令和	年	月 日 (満 歳 か月)
疾病名				
接種 医療機関	名称			
	所在地			
希望する予防接種 (該当する項目に チェックしてくだ さい。)  接種上限年齢 BCG…4歳未満 ヒブ…10歳未満 小児用肺炎球菌…6歳未満 四種混合…15歳未満	<input type="checkbox"/> BCG			
	<input type="checkbox"/> ヒブ			
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌			
	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目) <input type="checkbox"/> 追加		
	<input type="checkbox"/> 不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	<input type="checkbox"/> 3期
	<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん (MR)	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 麻しん	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	
	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	1期初回 ( <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目) <input type="checkbox"/> 1期初回 <input type="checkbox"/> 2期		
	<input type="checkbox"/> 二種混合			
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目

**【申請書に添付するもの】**

- 1 予防接種に係る理由書
- 2 母子健康手帳 (予防接種履歴が確認できるもの)