

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請書

令和 年 月 日

(宛先) 高浜市長

申請者 住 所：高浜市 町 丁目 番地
氏 名：

対象者との続柄（ ）

電話番号：

下記の対象者については、長期療養を必要とする疾病にかかったこと等の特別の事情により、やむを得ず対象年齢内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、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。
つきましては、予防接種法施行令第3条第2項に基づき定期接種の実施をお願いいたします。

記

対象者	住 所	☐ 申請者に同じ 高浜市 町 丁目 番地	
	フリガナ 氏 名	(男 ・ 女)	
	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
主治医の診断をうけた上で、接種を希望する予防接種の種類及び接種区分	☐ B C G		
	☐ ヒブ		
	☐ 小児用肺炎球菌		
	☐ B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	☐ 四種混合 (DPT－IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	☐ 五種混合 (DPT－IPV－Hib)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	☐ 不活化ポリオ	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・追加	
	☐ 麻しん・風しん混合 (MR)	1期・2期	
	☐ 水痘	1回目・2回目	
	☐ 日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期	
	☐ 二種混合 (DT)		
	☐ H P V (2価 / 4価 / 9価)	1回目・2回目・3回目	
	☐ 高齢者肺炎球菌		
	☐ 带状疱疹		
接種医療機関名			

宛名番号 () 受付者 ()
