

様式第1号（第4条関係）

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

黒部市長 宛て

申請者 氏名  
住所 黒部市  
連絡先

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受けることができなかつた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	ふりがな	
	氏名	(男・女)
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
	住所	黒部市
長期にわたり療養を必要とする疾病の状況	疾病名【 <input type="checkbox"/> ① 重症複合免疫不全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"/> ② 白血病その他免疫を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> ③ ①及び②に準じ予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病	
接種が可能となった日	年 月 日 から	
今回希望する予防接種※	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 5種混合 <input type="checkbox"/> 4種混合 <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> BCG <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"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 2種混合 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	
保護者氏名		
接種予定医療機関		

※Hibは10歳に達するまで、小児用肺炎球菌は6歳に達するまで、4種混合は15歳に達するまで、BCGは4歳に達するまでの方が対象となります。

(添付資料)

- ・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に関する特例措置対象該当理由書（様式第2号）
- ・母子健康手帳の予防接種欄の写し