

様式第2号（第4条関係）

年 月 日

黒部市長 宛て

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
対象者該当理由書

予防接種法施行令第3条第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期予防接種を受けることができなかつた者が、今般、特別の事情がなくなつたため、定期予防接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。

被 接 種 者	ふりがな	
	氏 名	(男 ・ 女)
	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
保護者氏名		
疾病名		(疾病名を別表で確認)
疾病分類（あてはまる項目にチェックしてください） <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		
やむを得ず定期接種が受けられなかつた特別な理由		左記の特別な理由が生じた日 年 月 日
今回の定期接種の接種可能となつた日		年 月 日から
接種可能なワクチンの種類（今回定期予防接種を希望するワクチン名にチェックしてください）		
【生ワクチン】 <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"/> 水痘		【不活化ワクチン】 <input type="checkbox"/> Hib（10歳に達するまで） <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（6歳に達するまで） <input type="checkbox"/> 5種混合（15歳に達するまで） <input type="checkbox"/> 4種混合（15歳に達するまで） <input type="checkbox"/> 3種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <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"/> 高齢者肺炎球菌
接種に当たつての注意事項 （例：生ワクチンは○年○月○日から、不活化ワクチンは○年○月○日から接種可能とする。）		
医療機関名 所在地 担当医師名		

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署