

長期療養者等の定期予防接種申請書

那覇市長 宛

年 月 日

住所

申請者 氏名

(被接種者との関係：)

電話

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接種を受けることができませんでしたので、下記のとおり申請します。また、当申請により定期接種に該当すると判断され接種した場合、その内容が厚生労働省に報告されることに同意します。

フリガナ		性別	男 ・ 女
被接種者氏名		生年 月日	年 月 日 (満 歳 か月)
住所			
特別な事情の内容 (該当する項目にチェック)	<input type="checkbox"/> ア 予防接種法施行規則に規定する疾病にかかったこと <input type="checkbox"/> イ 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> ウ 医学的知見に基づきこれからの準ずると認められるもの <input type="checkbox"/> エ その他の事情 [特別な事情が生じた日 年 月 日] [特別な事情が解消された日 年 月 日]		
接種予定医療機関名			

接種を希望する予防接種 (○をつける)

B型肝炎 (H28.4.1 生まれ以降)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
Hib (ヒブ) ※10歳未満	1回
小児用肺炎球菌 ※6歳未満	1回
BCG ※4歳未満	1回
五種混合 (DPT-IPV-Hib) ※15歳未満	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
水痘 (H21.4.1 生まれ以降)	1回目 ・ 2回目
MR (麻しん・風しん混合)	1期 ・ 2期
二種混合 (DT)	2期
日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
ヒトパピローマウイルス (HPV)	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
高齢者肺炎球菌 ※解消日から1年以内	1回
高齢者带状疱疹 ※解消日から1年以内	生1回目 ・ 組換え1回目 ・ 組換え2回目

【添付】

- 長期療養者等の定期予防接種に関する主治医意見書 (指定様式) ※事情アイウに該当の場合
 入所証明書や接種履歴がわかるもの等、市が個別に指示するもの (任意様式) ※事情エに該当の場合