様式第１号（第５条関係）

　　年　　月　　日

大郷町長　殿

長期療養者のための定期予防接種申請書

下表の被接種者は、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予防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、大郷町長期療養者のための定期予防接種実施要綱の規定に基づき、定期予防接種の実施を申請します。

１　申請者及び被接種者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者(保護者) | 住　所 | 大郷町電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏　名 | 続柄（　　　　　） |
| 被接種者 | 住　所 | □同上大郷町 |
| ふりがな氏　名 | □同上 | 性別 | 男・女 |
| 生年月日 | 　　　　　年　　　　月　　　　日　　（　　　　歳　　　　か月） |

２　主治医の診断を受けた上で、接種を希望する予防接種の種類及び区分（複数選択可）

|  |  |
| --- | --- |
| * B型肝炎
 | □ 二種混合（ジフテリア・破傷風） |
| □ BCG　※4歳の誕生日の前日まで | □ 麻しん・風しん混合 |
| □ ヒブ　※10歳の誕生日の前日まで | □ 麻しん　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| □ 小児肺炎球菌　※6歳の誕生日の前日まで | □ 風しん |
| □ 五種混合　※15歳の誕生日の前日まで | □ 水痘 |
| □ 四種混合　※15歳の誕生日の前日まで | □ 日本脳炎 |
| □ 三種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風） | □ 子宮頸がん予防 |
| □ 不活化ポリオ | □ 高齢者肺炎球菌 |

※ヒブは、五種混合を使用する時に限り15歳の誕生日の前日まで

３　接種医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称所在地電話番号 |  |

＜添付書類＞

・母子健康手帳の写し（高齢者を除く）

・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（様式第２号）