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特例措置申出書

年　　月　　日

長崎市長　あて

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ために、予防接種法施行令第 1 条の 3 第 2 項に基づき、定期予防接種の特例措置について、次のとおり申し出ます。また、本申出書が厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

<table>
<tr><th colspan="4">理　由　書</th></tr>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="2"></td><td>性　別　　男 ・ 女</td></tr>
<tr><td>被接種者氏名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日　　年　月　日
（満　歳　か月）</td></tr>
<tr><td>疾病名等特別な事情の内容と該当理由</td><td colspan="3">次の 1～3 のうち該当するものに○印を付けてください
1　厚生労働省健康局長通知「予防接種法第 5 条第 1 項の規定による予防接種の実施について」の「別表 2」で定める疾病に罹患した
傷病分類＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
疾病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
2　臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けた
3　医学的知見に基づき 1 または 2 に準ずると認められるもの
（1～3 において、接種が不適当であった理由とその期間）</td></tr>
<tr><td>予防接種不適当要因が生じた日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>予防接種が可能になった日　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="14">今後実施する予防接種の種類及び回数</td><td>不活化ポリオ（IPV）</td><td colspan="2">1期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1期追加</td></tr>
<tr><td>BCG</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>四種混合（DPT－IPV）</td><td colspan="2">1期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1期追加</td></tr>
<tr><td>三種混合（DPT）</td><td colspan="2">1期初回（1 回目・2 回目・3 回目）・1期追加</td></tr>
<tr><td>二種混合（DT）</td><td colspan="2">2 期</td></tr>
<tr><td>日本脳炎</td><td colspan="2">1 期初回（1 回目・2 回目）・1期追加・2 期</td></tr>
<tr><td>麻しん風しん混合（MR）</td><td colspan="2">1 期・2 期</td></tr>
<tr><td>麻しん</td><td colspan="2">1 期・2 期</td></tr>
<tr><td>風しん</td><td colspan="2">1 期・2 期</td></tr>
<tr><td>子宮頸がん予防（HPV）</td><td colspan="2">1 回目・2 回目・3 回目</td></tr>
<tr><td>ヒブ（Hib）</td><td colspan="2">初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加</td></tr>
<tr><td>小児用肺炎球菌</td><td colspan="2">初回（1 回目・2 回目・3 回目）・追加</td></tr>
<tr><td>水痘（水ぼうそう）</td><td colspan="2">1 回目・2 回目</td></tr>
<tr><td>B 型肝炎</td><td colspan="2">1 回目・2 回目・3 回目</td></tr>
<tr><td>医療機関所在地
医療機関名
医師名</td><td colspan="3">予防接種法施行令第 1 条の 3 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接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったことにより、定期接種を実施できると判断します。
医療機関所在地
医療機関名
医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿</td></tr>
</table>