　　　年　　　月　　　日

**長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置申請書**

福島市保健所長

申請者　　住　 所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　氏　 名

（被接種者との関係：　　　）

　　　　　　　 　　　　電話番号

長期療養を必要とする疾病により、定期接種の機会を逸しましたが、病状が快復し主治医の許可が得られたため、予防接種法施行令に基づき、下記のとおり定期接種の実施について申請します。また、長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書の情報が厚生労働省に報告されること及び必要な情報（治療内容等）がある場合、福島市が関係機関に問い合わせることに同意します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  接  種  者 | ふり  　がな  氏  名 |  | | 生年月日 | 年　　 月　　 日生  （満　　 歳　　か月） |
|  | |
| 住 所 | □上記申請者住所と同じ    福島市 | | | |
| 予防接種計画（特例措置のみに○をつける）　※不適当要因解消日から2年以内（高齢者肺炎球菌は1年以内） | | | | | |
| Ｂ型肝炎（H28.4.1生まれ以降） | | | | １回目　・　２回目　・　３回目 | |
| ヒブ（Hib）　　　　　　　※10歳未満 | | | | 追加 | |
| 小児用肺炎球菌（PCV13）　※ 6歳未満 | | | | 追加 | |
| ＢＣＧ　　　　　　　　　 ※ 4歳未満 | | | | １回 | |
| 四種混合（DPT-IPV）　　 ※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 | | | | １回目　・　２回目 | |
| 麻しん風しん混合（MR） | | | | 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 | | | | １回 | |
| 予防接種  実施予定  医療機関 | | |  | | |
| 通知の  送付先住所 | | | □上記申請者住所と同じ | | |

【添付】

□長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書（様式2）

（5年間保存）