

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		生年月日	年 月 日生
	氏名			(満 歳 か月)
	住所	<input type="checkbox"/> 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	
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	
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		<input type="checkbox"/> 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）