長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

令和　　年 　 月 　 日

氷見市長　あて

 申請者 保護者氏名 　　 　 ㊞

 住所 氷見市

 電話

　予防接種法施行規則で定める長期にわたり療養を必要とする疾病にかかったことその他の特別な事情により、予防接種法第５条第１項の規定による予防接種を対象年齢の間に受けることができませんでしたが、当該特別な事情が解消されたため、予防接種法第１条の３第２項の規定により、下記の予防接種の実施について申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住　　所 | 氷見市　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　） |
| ふ り が な氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日　　（　男　・　女　）　 |
| 長期療養を必要とした疾病名 |  |
| 接種を希望する予防接種の種類 |  |
| 接種予定医療機関 |  |

　＊「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」を添付してください。

　＊ＢＣＧは4歳の誕生日の１日前まで、4種混合は15歳の誕生日の１日前まで、ヒブは10歳の誕生日の１日前まで、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日の1日前までを対象とします。

　＊申請時には、母子健康手帳の予防接種欄のコピーを添付してください。