

様式第1号（第6条関係）

長期療養に係る定期予防接種実施申請書

年 月 日

富田林市長 様

申請者

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

長期療養を必要とする疾病にかかったことその他特別の事情により、接種対象の期間内に定期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ので、次のとおり定期予防接種の実施について申請します。

また、主治医意見書の情報が厚生労働省に報告されることに同意します。

被接種者	フリガナ 氏名		生年 月日		性 別	男 女
	住所	富田林市				
疾病名等 (特別の事情)						
予防接種の種類	<input type="checkbox"/> 2種混合 (DT)		<input type="checkbox"/> ヒブ (10歳未満まで)			
	<input type="checkbox"/> 4種・5種混合 (15歳未満まで)		<input type="checkbox"/> 小児の肺炎球菌 (6歳未満まで)			
	<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 (MR)		<input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 (HPV)			
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> BCG (4歳未満)		<input type="checkbox"/> B型肝炎			
	<input type="checkbox"/> 高齢者の肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 帯状疱疹			
	※対象外：ロタウイルス、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症					
接種予定日(年齢)	年 月 日		(歳 か月)			
実施医療機関 名称・所在地						