

世田谷区長 殿

**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兼申請書**

予防接種法施行令第三条第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つた者が、今般、特別の事情がなくなったため、下記のとおり予診票交付を申請します。

被接種者	住 所		
	(フリガナ) 氏 名		
	生年月日	年	月 日 (満 歳 ヶ月)
保護者氏名		被接種者との続柄 ()	
連絡先電話番号		— —	
疾病名等、特別な事情の内容		(疾病分類) (疾病名) (該当理由) (予防接種不適當要因が生じた日) 年 月 日 (予防接種不適當要因が解消された日) 年 月 日	
今回実施する 予防接種		ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
		小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加
		B型肝炎	1回目・2回目・3回目
		五種混合	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
		四種混合 (DPT-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
		二種混合 (DT)	2期
		B C G	1回目
		水痘	1回目・2回目
		麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期
		風しん	1期・2期・3期・4期
		麻しん	1期・2期・3期・4期
		日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目)・1期追加・2期
		不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
		子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目
高齢者肺炎球菌	1回目		
医療機関所在地 医療機関名 医師名 電話番号			
備 考			

この理由書は、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ことを目的としています。
このことを理解の上、本理由書が世田谷区及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署 _____