

(宛先)  
秦野市長

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

予防接種法施行令第1条の2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により定期接種を受けることができませんでしたが、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できることとなりましたので、理由書を提出します。

被接種者	住 所	秦野市		
	(フリガナ)		性 別	男 ・ 女
	氏 名		生年月日	年 月 日 (満 歳 カ月)
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、本理由書が厚生労働省に報告されることに同意します。			保護者又は本人自署	
主治医にご確認ください。 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
	申請理由の疾病に対して治療を行った医療機関	所在地 名 称 主治医		
接種を希望する 予防接種の種類 *最初に希望するものに◎ それ以降に希望するものに○ を付けてください。	不活化ポリオ (IPV)	1 期初回 (1 回目・2 回目・3 回目) ・ 1 期追加		
	B C G			
	(五種・四種・三種) 混合	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・ 1 期追加		
	三種混合 (DPT)	1 期初回 ( 1 回目・2 回目・3 回目 ) ・ 1 期追加		
	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		
	麻しん風しん混合 (MR)	1 期・2 期		
	麻しん	1 期・2 期・3 期・4 期		
	風しん	1 期・2 期・3 期・4 期		
	子宮頸がん予防 (HPV)	1 回目・2 回目・3 回目		
	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		
	水痘	1 回目・2 回目		
B型肝炎	1 回目・2 回目・3 回目			
予防接種を受ける医療機関	所在地 名 称 電 話	( )		

\*母子健康手帳「予防接種の記録」の写しを添えてください。