

浦安市長 あて

住所

申請者 氏名

続柄 () 印

電話

浦安市長期療養者の定期予防接種申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病に罹ったことにより、定期予防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、予防接種法施行規則に基づき、下記のとおり、主治医の意見書を添えて定期予防接種を申請します。

被 接 種 者	ふりがな		性別	男 ・ 女
	氏 名		生年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
	住 所	浦安市		
	長期にわ たり療養 を必要と する疾病 の状況	疾患名 【 】 下記のあてはまる項目にチェックをお願いします ☐ ① 先天性免疫不全症その他免疫の機能に異常を生じさせる疾病 ☐ ② 白血病その他の免疫機能の抑制を生じさせる治療が必要な疾病 ☐ ③ ①及び②と同等に予防接種を受けることが適当でないと認められる疾病		
		医療機関名（主治医名）： ()		
	接種期間：令和 年 月 日から令和 年 月 日まで (接種期間内でも、BCG は4歳未満まで、5種混合は15歳未満まで、Hib 感染症は10歳未満まで、小児肺炎球菌感染症は6歳未満まで)			
保護者氏名		保護者 連絡先	自宅： 携帯：	
接種予定 医療機関				

職員記入欄

- 主治医の意見書 (有 ・ 無→主治医の意見書を添えて申請)
- 対象期間及び対象年齢確認 (BCGは4歳未満、5種混合は15歳未満、Hib 感染症は10歳未満、小児肺炎球菌感染症は6歳未満、他の予防接種は快復時から2年、但し高齢者肺炎球菌感染症及び高齢者带状疱疹は1年)
- 交付したもの (押印済み予診票、各種予防接種説明書、主治医意見書コピー、医療機関宛文書、指定医療機関名簿 (令和 年 月 日に発行・郵送))
BCG・5種混合 (枚) B型肝炎 (枚)・不活化ポリオ (枚)・2種混合・MR (1期・2期) 2種混合・日本脳炎 (枚)・ヒブ (枚)・小児用肺炎球菌 (枚)・子宮頸がん (枚) 水痘 (枚)・高齢者肺炎球菌感染症・高齢者带状疱疹

収受印