

(様式1)

年 月 日

塩 竈 市 長 宛

申請者 氏名

(保護者)

被接種者との続柄 ( )

連絡先

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申請書

予防接種法施行令第1条の2第3項の規定に基づき、下記のとおり主治医師意見書を添えて定期予防接種の特例実施を申請します。

被接種者	住 所	宮城県塩竈市 電話番号 ( )
	(フリガナ) 氏 名	( 男 ・ 女 )
	生年月日	年 月 日 (満 歳 ヶ月)
接種可能となった日		年 月 日
接種予定医療機関		所在地 名 称 主治医名

【予防接種の種類と今後の接種計画】

該当するものを○で囲み、今後の計画をご記入ください。(接種期間は接種可能となった日から2年間)

	定期予防接種種類・回数	接種予定日	接種年齢の上限
麻しん風しん混合 (MR)	1期・2期・3期・4期		
BCG			4歳に達するまで
四種混合 (DTP-IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		15歳に達するまで
二種混合 (DT)	2期		
日本脳炎	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加・2期		
三種混合 (DPT)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
不活化ポリオ (IPV)	1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加		
ヒブ (Hib)	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		10歳に達するまで
小児用肺炎球菌	初回 (1回目・2回目・3回目)・追加		6歳に達するまで
B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
水痘	1回目・2回目		
子宮頸がん予防 (HPV)	1回目・2回目・3回目		

「○歳に達するまで」とは、○歳の誕生日の前日までのことをいいます。

BCG接種の場合、1歳を過ぎると接種前にツベルクリン反応検査が必要となり、検査費用は自己負担となります。

【申請書に添付するもの】

1. 主治医意見書または該当理由書
2. 母子健康手帳 (予防接種履歴の確認のため) または予防接種済証

【情報提供の同意】

予防接種法に基づき申請書および医師意見書の内容が厚生労働省に報告されることに同意いたします。

保護者自署