

益城町長殿

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期予防接種実施申請書

予防接種法施行令第1条の3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ったが、今般、特別の事情がなくなったため、定期の予防接種の実施を申請します。

なお、この申請書が、定期予防接種の対象者に該当するかの判断を目的としていることを理解のうえ、本申請書が厚生労働省に報告されることに同意します。

| | | | |
|---|-------------|-------------------|--|
| 申請者(保護者)氏名 | 印 | 電話番号 | |
| 申請者(保護者)住所 | | | |
| 接種を受ける人の住所 | 益城町 | | |
| 接種を受ける人の氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (満 歳 か月) | |
| 接種予定の予防接種の種類 | 接種 予 定 日 | 令和 年 月 日 | |
| 今後の予防接種の計画(今後の予定が決まっている場合は、記入してください。) | | | |
| 医師記入欄 | | | |
| 接種を受ける人がかかっていた疾病名称、接種できなかったと判断した理由 | | | |
| 当該特別な事情がなくなった日 | 令和 年 月 日 | | |
| 医師署名欄 (医療機関名・医師名) | | | |
| 町記入欄 | | | |
| その他当該者がやむを得ず定期予防接種を受けることができなかったと判断した理由 (※) | | | |

※医師の意見や主治医への聞き取り内容等、判断の根拠を記載又は添付。