

特別の事情があった者の定期予防接種申請書

(宛先) 長久手市長

住所

氏名

(続柄)

電話番号

申請にあたり、担当課が特別な事情を確認するために自治体や関係機関間で情報共有することについて、またこの申請内容や医師が作成する理由書の情報が厚生労働省に報告されることについて同意します。

被接種者	住 所	□申請者と同じ（省略可）	
	氏 名	電話番号 □申請者と同じ（省略可）	
	生年月日	大正・昭和	年 月 日
特別の事情の内容 ※該当するものに☑		☐ ① 長期にわたり療養を必要とする疾患にかかったこと ☐ ② 臓器の移植術を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと ☐ ③ ②に掲げるもののほか、医学的知見に基づきこれらに準ずると認められるもの ☐ ④ 災害、特定疾病に係るワクチンの大幅な共有不足、その他これに類する事由が発生したこと （ ）	
今回接種する 予防接種の種類		☐ 高齢者用肺炎球菌 ☐ 带状疱疹	
接種希望医療機関			
備 考			

・特別の事情の①②③の場合

- 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に関する特例措置
対象者該当理由書（裏面）

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の
定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書

対象者	住 所	長久手市
	氏 名	
	生年月日	年 月 日
疾病名		
該当理由		☐ 上記の疾病にかかり、やむを得ず定期接種を受けることができなかったため ※上記以外の場合は記載してください。
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
上記の者について、医学的理由により定期予防接種が不可能な期間があったと判断します。 (宛先) 長久手市長 (記載日) 年 月 日 所在地 _____ 医療機関名 _____ 医師名 _____		
備 考		