

第1号様式（第4条関係）

長久手市新型コロナウイルス感染症の発生に伴う  
予防接種の接種期間延長申請書

年 月 日

長久手市長 あて

申請者 〒  
(保護者) 住所  
氏名  
電話番号

新型コロナウイルス感染症の発生に伴い、やむを得ない理由により定期予防接種を対象期間にできなかったため、長久手市新型コロナウイルス感染症発生に伴う予防接種実施要領第4条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請理由	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症に感染し、治療が必要となった場合 <input type="checkbox"/> 対象者、家族及び同居者等が新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者となり、外出制限の対象となった場合 <input type="checkbox"/> 流行国からの帰国後2週間の経過観察対象者となり、外出制限の対象となった場合 <input type="checkbox"/> 長期療養を必要とする疾病等により、接種のための受診による感染症への罹患のリスクが、予防接種を延期することによるリスクよりも高いと考えられる場合 <input type="checkbox"/> その他の理由		
被接種者氏名		申請者との続柄	
被接種者生年月日	年 月 日	( 歳 か月)	
被接種者住所	長久手市		
予防接種名 ・回数			
実施予定 医療機関	医療機関名 住所 電話番号		

1 被接種者が乳幼児又は児童の場合は、被接種者の親子（母子）健康手帳予防接種記録の写しを添付してください。

2 書類送付先が申請者住所と異なる場合は、以下に記入してください。

氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

住所 〒 \_\_\_\_\_ 様方

電話番号 \_\_\_\_\_