

年 月 日

日置市長 様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄 () 印
連絡先

長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種の機会の確保に係る対象者確認申請書

次の対象者は、定期予防接種の対象者であった間に長期療養等を必要とする疾病にかかった等の特別な事情により予防接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医からこの特別な事情が解消され予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

つきましては、予防接種法施行令第1条の3第2項に基づき定期接種の特例実施を申請します。また、このことについて厚生労働省へ報告されることに同意します。

【申請者記入欄】	接種状況の確認のため母子健康手帳の写しを添付してください。		
対象者氏名		生年月日	年 月 日 (歳 か月)
定期接種を受けることができなかった特別な事情	次の1～3のうち該当するものに○をつけ、疾病名等をご記入ください。		
	1 厚生労働省令に掲げる疾病(別紙)にかかったこと		
	2 臓器の移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと		
	3 医学的知見に基づき、1又は2に準ずると認められるもの		
	疾病名等		
接種を希望する予防接種の種類			
【医師記入欄】			
対象者(氏名)が定期接種を受けることができなかった特別な事情の詳細は次のとおりです。 なお、当該特別な事情がなくなった日は 年 月 日です。			
※以下、定期接種をやむを得ず受けることができなかった特別な事情についてご記入ください。(疾病名、診断日、治療の状況および予防接種を控えていた期間、当該特別な事情がなくなった理由等)			
			年 月 日
医療機関名		電話番号	
所在地		医師氏名	印