

長期療養等に係る予防接種特例実施の対象者該当理由及び申請書

令和 年 月 日

八尾市長 様

申請者 氏名 (又は保護者氏名) _____
 対象者との続柄 _____
 住所 _____
 電話番号 _____

次の対象者については、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかる等の特別の事情により、やむを得ず予防接種法に定める定期の予防接種を受けることができませんでしたが、この特別の事情が解消されたため、予防接種法施行令に基づき、定期の予防接種の特例実施をお願いします。また、下記の内容について、市町村から厚生労働省に報告することについて同意します。

対象者	氏名	
	生年月日	
	住所	
特別な事情	ア～エのうち、該当する事由に○をし、エの場合は接種出来なかった期間も記入してください。	
	ア 予防接種法施行規則で定める疾病にかかったこと イ 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 ウ 医学的知見に基づき、ア又はイに準ずると認められるもの ※ア～ウに該当する場合、裏面「医師記入欄」への記入が必要です。 エ 災害、ワクチンの大幅な供給状況その他これに類する事由が発生したこと 事由 ()	
	※その他これに類する事由の場合、事由及び期間の分かる資料を添付してください。 接種出来なかった期間 年 月 日から 年 月 日	
予防接種の種類	希望する予防接種の回数に、○をしてください。	
	小児用肺炎球菌(6歳の誕生日の前日まで)	1回目
	B型肝炎(平成28年4月1日以降生まれ)	1回目 2回目 3回目
	5種混合(15歳の誕生日の前日まで)	1期1回目 2回目 3回目 1期追加
	4種混合(15歳の誕生日の前日まで)	1期1回目 2回目 3回目 1期追加
	3種混合	1期1回目 2回目 3回目 1期追加
	不活化ポリオ	1期1回目 2回目 3回目 1期追加
	ヒブ(10歳の誕生日の前日まで)	1期1回目 2回目 3回目 1期追加
	BCG(4歳の誕生日の前日まで)	1回目
	麻しん風しん混合	1期 2期
	水痘	1回目 2回目
	日本脳炎	1期1回目 2回目 1期追加 2期
	2種混合	1回目
	子宮頸がん予防	1回目 2回目 3回目
帯状疱疹	生1回目 組換え1回目 組換え2回目	
高齢者用肺炎球菌(接種歴のない方)	1回目	
接種場所	医療機関名	
	所在地	
添付書類(子どもの予防接種の場合のみ)		母子健康手帳の予防接種記録欄の写し

記入いただいた内容につきまして、八尾市の担当課より個別に内容照会を行う場合があります。

医師記入欄

長期にわたり療養を必要とした特別な事情の詳細は下記のとおりです。

令和 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師氏名

印 (医師自署か記名押印)

1	疾病等の名称
2	定期の予防接種の対象者である間に受けられなかった理由
3	予防接種の不適當要因が生じた年月日 年 月 日
4	予防接種不適當要因が解消された日 年 月 日
5	その他

※医師記入欄の記入にあたり、文書料等の費用がかかる場合は自己負担となります。

八尾市記入欄 (接種期限：接種不適當要因の解消より A 類は 2 年、B 類は 1 年延長)

確認日	確認者	特段の事由	接種期限	交付
				1 市内接種 <input type="checkbox"/> 承認済予診票 <input type="checkbox"/> 請求書 (長期療養用) 2 他市接種 <input type="checkbox"/> 依頼書 (要申請)