

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

申請者住所

申請者電話番号

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、このたび、この特別の事情が解消されたため予防接種を受けて差し支えない状況となりました。

については、予防接種施行令第1条の2第3項に基づき定期の予防接種の特例実施をお願いします。

記

申請者記入欄

● 対象者氏名

生年月日：明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳 か月）性別：男・女

対象者住所 〒 八尾市

● 長期にわたり療養を必要とした特別の事情の内容（ア～ウのうち該当するものに○印）

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

エ 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これに類する事由が発生したこと（やむを得ず定期接種を受けることができなかった場合に限る。）

上記の疾病名等：

● 接種を希望する予防接種の種類（主治医の了解を得たうえで、希望するものに○印）

長期療養に係る特例実施は、特別な事情のなくなったと認められる日から、子どもの予防接種の場合は、2年間です。年齢制限は、下記参照して下さい。

高齢者用肺炎球菌の場合は、特別な事情のなくなったと認められる日から、1年間になります。（子ども）

・ヒブ【10歳の誕生日の前日まで】

・小児用肺炎球菌【6歳の誕生日の前日まで】

・B型肝炎（1回目・2回目・3回目）【平成28年4月1日以降生まれ】

・4種混合【15歳の誕生日の前日まで】

（1期初回1回目・2回目・3回目、1期初回追加）

・BCG【4歳の誕生日の前日まで】

・2種混合DT（2期）

・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期初回1回目・2回目、1期追加、2期）

・子宮頸がん予防（1回目・2回目・3回目）

（高齢者）

・高齢者用肺炎球菌

※本申請書には、母子健康手帳の予防接種の記録欄（写）等これまでの接種歴が分かる書類を添付してください。

裏面もご記入ください。

● 接種予定医療機関名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

・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ので、御協力いただきますようよろしくお願いします。

・本書は、定期予防接種の特例実施対象者に該当するかどうかを判断することを目的にしています。このことを理解の上、本書が市町村及び厚生労働省に報告されることに同意します。

・医師記入欄の記載ができない場合は、八尾市の担当課が依頼する書類等を提出することに同意します。

保護者自署 _____

医師記入欄

長期にわたり療養を必要とした等の特別な事情の詳細は、下記のとおりです。

なお、この特別な事情がなくなると認められる日は、令和 年 月 日です。

令和 年 月 日

医療機関名 _____

医療機関所在地 _____

医療機関電話番号 _____

主治医氏名 _____ 印 (医師自署か押印)

(疾病等の名称、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、その期間などの詳細、特段配慮すべき予防接種の種類とその内容などをご記入ください。)