

# 長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

年 月 日

(提出先) 門川町長

(申請者) 住 所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 \_\_\_\_\_

下記の疾病の治療・療養が長期にわたり、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受けることができなかったその要因が解消されたため、下記の予防接種について接種することを申請します。

記

被接種者	住所	門川町
	氏名	
	生年月日	年月日 (歳カ月)
疾患名 (該当する疾患をチェックしてください)	<input type="checkbox"/> 重症複合免疫不全症、無ガンマグロブリン血症その他免疫の機能に支障を生じさせる重篤な疾患 <input type="checkbox"/> 白血病、再生不良性貧血、重症筋無力症、若年性関節リウマチ、全身性エリテマトーデス、潰瘍性大腸炎、ネフローゼ症候群その他免疫の機能を抑制する治療を必要とする重篤な疾病 <input type="checkbox"/> 臓器移植を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと <input type="checkbox"/> 医学的知見に基づき上記に準ずると認められるもの ( )	
接種する医療機関	名 称	
	所 在 地	
	電話番号	
希望の予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ <input type="checkbox"/> 子宮頸がん予防 <input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	

※「長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種に関する特例措置対象者該当理由書」を必ず添付してください。