

記載例

課長	課長補佐	G L	グループ	発送日 ()	受付印
----	------	-----	------	------------	-----

・下記の者について、別紙予防接種依頼書を交付してよいか伺います。

予防接種依頼等申請書

令和 元年 5月10日

下野市長 様

申請者住所 下野市笹原26番地

氏名 下野 花子 下野印

電話 090(9999)9999

予防接種を希望しますので、予防接種依頼書を交付して下さるようお願いいたします。

被接種者	住所	〒329-0542 下野市笹原26番地 (電話 090-9999-9999)	
	フリガナ	シモツケ キララ	性別 男・女
	氏名	下野 きらら	生年月日 平成・令和31年 3月 3日 (歳 2ヶ月)

保護者氏名 下野 花子

予防接種の種類	回数等	接種予定日	必要な予診票
ヒブ	1回目・2回目・3回目・4回目	6/10、7/10	2部
小児用肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目		部
四種混合	1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加		部
三種混合	1期初回1回目・2回目・3回目・1期追加		部
ポリオ	1回目・2回目・3回目・追加		部
BCG	1回目		部
麻しん風しん混合	1期・2期		部
麻しん(単抗原)	1期・2期		部
風しん(単抗原)	1期・2期		部
日本脳炎	1期初回ある市区町若しくは追加・2期		部
二種混合	2期		部
水痘	1回目・2回目		部
B型肝炎	1回目・2回目・3回目		部
子宮頸がん予防	1回目・2回目・3回目		部

ロタ
1回目
2回目
3回目
おたふく
1期
2期
インフル
1回目
2回目

予診票がお手元ない場合はご記入ください。

接種する医療機関のある市区町若しくは保健センターに必ず確認してください。

任意接種(ロタ・おたふく・小児インフル)も希望される場合は、この枠内で必要回等を囲ってください。

◎ 依頼先 () 都道府県 () 市区町村長 ・ 医療機関(次のとおり)
 ※依頼先は、医療機関所在地や保健センター管轄の自治体により異なるため、申請前にご確認ください。

医療機関等
 所在地 〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-2-2
 名称 カンピこどもクリニック

理由 被接種者が、本市以外に一時滞在中であり、本市での接種が困難なため

一時滞在地 〒108-8111 東京都千代田区千代田1-1 メゾン千代田808
 (電話 080-8888-8888)

送付先 自宅(下野市の住所) ・ 一時滞在地(石橋様方)

特例措置対象者該当理由書欄 ※長期療養等の回復後、定期接種を希望する場合に使用します	該当理由	<input type="checkbox"/> ①厚生労働省で定める別表に掲げる疾病にかかっていたため <input type="checkbox"/> 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ため <input type="checkbox"/> ③医学的知見に基づき①または②に準ずると認められるため		
	疾病分類	疾病名	月 日	日
	予防接種不適当要因が解消された日	平成・令和 年 月 日	月 日	日
	予防接種法施行令第1条の3第2項の規定に基づき長期にわたり療養を必要とする疾病等の特別の事情により定期接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期接種を実施できると判断しますので、理由書を提出します。			
	医療機関名称	所在地	主治医の署名	

この理由書は、定期予防接種の特例措置対象者に該当するかどうかを判断することを目的としています。このことを理解の上、本理由書が市及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者の署名 ()

太枠内：長期療養に該当しない場合には記入は不要です。