

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 〇〇 年 ▲▲ 月 ■■ 日											
下野市長 様											
申請者住所 下野市笹原26番地											
氏名 下野 太郎											
被接種者との続柄 本人 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くださいようお願いいたします。											
被接種者	住 所	☒ 申請者に同じ 〒 下野市 (電話)									
	フリガナ	シモツケ タロウ									
	氏 名	下野 太郎									
	性別	男・女									
	生年月日	昭和 〇〇 年 ■■ 月 ▲▲ 日 (▲▲ 歳 〇 か月)									
予防接種の種類				接種予定日				必要な予診票			
MR（麻しん・風しん）				令和 年 月 日				部			
高齢者肺炎球菌				令和 〇〇 年 ▲▲ 月 ■■ 日				1 部			
高齢者インフルエンザ				令和 年 月 日				部			
新型コロナワクチン				令和 年 月 日				部			
带状疱疹				令和 年 月 日				部			
◎ 依頼先		() 都道府県 () 市区町村長 ・ 医療機関等 (次のとおり) ※依頼先は、滞在先の自治体にお問い合わせください。									
医療機関 又は施設		所在地	〒 000-0000 下野市〇〇〇 ▲▲番地■■								
		名称	カンピククリニック								
申請理由 ※該当の番号に○をつけてください		1. 市外に滞在しており、下野市受託医療機関での接種が困難なため 2. 病気治療等により、市外の医療機関に入院もしくは通院している又は市外の施設等に入所もしくは通所しているため 3. 災害、ワクチンの大幅な供給不足その他これらに類する事由 4. その他 (定期接種期間内に長期療養に該当し、予防接種ができなかったため)									
滞在地 (施設名等)		〒 (電話)									
送付先		申請者住所 ・ 被接種者住所 ・ 一時滞在地 (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	☐ 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 ☐ 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 ☐ 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									
	「医師の理由書欄」は、主治医に記入してもらってください。										
	予防接種不適当要因が生じた日 平成・令和 年 月 日										
	予防接種不適当要因が解消された日 令和 年 月 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。 署名 (下野 太郎)											