年　　月　　日

石巻市長　あて

長期療養を必要とする疾病にかかった者等の定期接種実施申請書

申請者（保護者）

住所　石巻市＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

被接種者との続柄　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

日中の連絡先　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

次の被接種者については、長期療養を必要とする疾病等の特別な事情により、定期接種を受けることができませんでしたが、このたび主治医から、この特別の事情がなくなったため予防接種を受けて差し支えないとの診断を受けました。

つきましては、予防接種法施行令の規定に基づき定期接種の実施を申請します。

被接種者	住　　所	石巻市 電話番号（　　）
	フリガナ	
	氏　　名	（　男　・　女　）
	生年月日	年　　月　　日　　（満　　歳　　か月）
希望する 定期予防接種名と回数 ※主治医の了解を得たもの		記入例　・日本脳炎（１期初回１回目、２回目、追加）
接種する医療機関名称 所在地 電話番号		

【申請書に添付するもの】

１　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

２　母子健康手帳（予防接種履歴が確認できるもの）※高齢者肺炎球菌予防接種の場合は不要

※　接種期間は接種可能となった日から2年以内。高齢者肺炎球菌については1年以内。ただし、BCG は4歳、四種混合は15歳、ヒブは10歳、小児用肺炎球菌は6歳の誕生日前日まで。

※　麻しん、風しんの3期、4期については、平成20年度から平成24年度の間で対象者であった期間に、長期にわたる療養を必要とする特別の事情があった場合に限る。