

四條畷市長あて

(申請者又は保護者)

住 所

氏 名

電 話

定期の予防接種（特例措置）接種券申請書

長期にわたり療養を必要とする疾病（長期療養疾病）で厚生労働省令に定めるものにかかったことその他の厚生労働省令に定める特別な事情があることにより、予防接種法第3条に基づく予防接種を対象年齢範囲内に接種できませんでした。

現在は回復し、主治医から予防接種が可能と判断されたため、予防接種法に基づく予防接種を受けたく、別紙「主治医意見書」を添えて申請いたします。

接種を受ける人 (被接種者)	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 上記申請者住所と同じ	
接種する医療機関名			
予防接種の種類 合計 () 種類 ※接種を希望するものに ○をつけてください	・BCG		
	・ヒブ		初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・小児肺炎球菌		初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・四種混合		1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加
	・B型肝炎		初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・不活化ポリオ (単独)		初回接種 (1回目・2回目・3回目)・追加接種
	・二種混合		2期
	・麻しん・風しん (単独)		1期・2期・3期・4期
	・麻しん・風しん (MR)		1期・2期・3期・4期
	・水痘		1回目・2回目
	・日本脳炎		1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加・2期
	・子宮頸がん		1回目・2回目・3回目
	・高齢者肺炎球菌		1期初回 (1回目・2回目・3回目)・1期追加

受付日	担当者名