　　年　　月　　日

奥州市長　様

申請者氏名

長期にわたり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申請書および該当理由書

　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ので、予防接種法施行令第１条の３第２項の規定に基づき、定期接種として接種することを希望します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被接種者 | 住所 | 奥州市 | | | |
| ふりがな  氏名 |  | | | 生年月日　　　年　　　月　　　日  （　　　　歳　　　　か月） |
| （男・女） | | |
| 長期療養者特例措置に該当するものとして今回申請する予防接種の種類と回数  (○で囲んでください。)  ※接種上限年齢  ・BCG…４歳未満  ・ヒブ…10歳未満  ・小児肺炎球菌…６歳未満  ・四種混合…15歳未満 | | | 四種混合(DPT-IPV)※ | 第１期初回(１回目・２回目・３回目)・第１期追加 | |
| 二種混合第１期(DT) | 第１期初回(１回目・２回目)・第１期追加 | |
| 二種混合第２期(DT) | １回 | |
| 不活化ポリオ(IPV) | 第１期初回(１回目・２回目・３回目)・第１期追加 | |
| 日本脳炎 | 第１期初回(１回目・２回目)・第１期追加・第２期 | |
| 麻しん風しん混合(MR) | 第１期・第２期 | |
| 麻しん | 第１期・第２期 | |
| 風しん | 第１期・第２期 | |
| BCG※ | １回 | |
| ヒブ(Hib)感染症※ | １回目・２回目・３回目・追加 | |
| 小児の肺炎球菌感染症※ | １回目・２回目・３回目・追加 | |
| ヒトパピローマウイルス感染症 | １回目・２回目・３回目 | |
| B型肝炎 | １回目・２回目・３回目 | |
| 水痘 | １回目・２回目 | |

**医師記入欄**

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、やむを得ず定期接種を受けることができなかった上記の者が、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。**（下記１～４をご記入ください）**

**１**　特別な事情（該当する番号に○を付けてください）

(1) 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病にかかった

(2) 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にかかった

(3) (1)または(2)の疾病に準ずると認められるもの（添付の別表５を参照にして　内をご記入ください。）

疾病分類：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　疾病名：

該当理由：

　(4) 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

　(5) 医学的知見に基づき(1)～(4)に準ずると認められるもの**→**該当理由：

**２**　予防接種不適当要因が生じた日　　　　　年　　　月　　　日

**３**　予防接種不適当要因が解消された日　　　年　　　月　　　日※長期療養者特例措置対象者と認められた場合、左記から２年間接種可能

**４**　医療機関所在地

　医療機関名

　医師名

この「医師記入欄」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、本書が奥州市、県及び厚生労働省に報告されることに同意します。

保護者自署　　　　　　　　　　　　(続柄　　　　　)電話番号　 　　－　　　　　－