

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ため、予防接種法施行令第3条第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	(男・女)	生年月日 年 月 日 ( 歳 か月)
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。)	五種混合(DPT-IPV)※	第1期初回(1回目・2回目・3回目)・第1期追加	
	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3条第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4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 - -