

長期療養者のための定期予防接種に関する申請書

（提出先）川越市長

年 月 日

（申請者）住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

※被接種者が未成年の場合は保護者

電話番号 \_\_\_\_\_

被接種者との続柄 \_\_\_\_\_

次のとおり、長期にわたり療養を必要とする疾病にかかった等の特段の事情により、やむを得ず予防接種法の定める対象年齢内に予防接種を受ける機会を逸しましたが、その要因が解消されたため、**特例措置対象者該当理由書を添えて**予防接種法に基づく定期予防接種の実施を申請します。

被 接 種 者	住 所	川越市
	ふりがな氏名	
	生年月日	年 月 日 （ 歳 か月）
予防接種を受ける 予定の医療機関	名 称	
	所在地	

希望する定期予防接種の種類と回数に✓をつけてください。				
種類	回数			
<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
<input type="checkbox"/> 五種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
<input type="checkbox"/> ポリオ※	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
<input type="checkbox"/> ヒブ※	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 4回目
<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> 1回目			
<input type="checkbox"/> 麻しん風しん混合	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	<input type="checkbox"/> 5期	
<input type="checkbox"/> 麻しん※	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期		
<input type="checkbox"/> 風しん※	<input type="checkbox"/> 1期	<input type="checkbox"/> 2期	<input type="checkbox"/> 5期	
<input type="checkbox"/> 二種混合	<input type="checkbox"/> 2期			
<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/> 1期1回目	<input type="checkbox"/> 1期2回目	<input type="checkbox"/> 1期3回目	<input type="checkbox"/> 2期
<input type="checkbox"/> HPV（子宮頸がん予防）	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	
<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
<input type="checkbox"/> 高齢者肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回目			
<input type="checkbox"/> 高齢者带状疱疹	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		

※単独ワクチンを使用する場合