

**長期療養を必要とする疾病にかかった者等の
定期予防接種に関する特例措置対象者該当理由書**

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定期予防接種を受けることができなかった者が、今般、特別の事情がなくなったため、定期予防接種を実施することが可能であると判断します。

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）
長期療養を必要とする疾病名（別表参照）		
定期予防接種を受けることができなかったと判断した特別な事情（該当する項目に✓をつけてください。）	<input type="checkbox"/>	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こと
	<input type="checkbox"/>	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こと
	<input type="checkbox"/>	③ ①または②に準ずると認められる疾病にかかったこと
	<input type="checkbox"/>	④ 臓器の移植術（臓器の移植に関する法律第1条に規定する移植術をいう。）を受けた後、免疫の機能を抑制する治療を受けたこと
	<input type="checkbox"/>	⑤ ①から④に掲げるもののほか、医学的知見に基づきこれらに準ずると認められる事情があること（当時の病状や治療内容等を記入してください）
予防接種不適當要因が生じた日	年 月 日	
予防接種不適當要因が解消された日	年 月 日	

（提出先）川越市長

_____年 月 日

医療機関所在地	
医療機関名	
医師名（署名または記名押印）	

この理由書は、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、本理由書が川越市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 _____